Gouvernement du Canada
Government of Canada
Conseil consultatif national sur le troisième âge
National Advisory Council on Aging

Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés

1er rapport : Les obstacles et les avenues de solutions

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

Canada

POUR MIEUX COMPRENDRE L'AUTONOMIE DES AINES

1er RAPPORT:

LES OBSTACLES ET LES AVENUES DE SOLUTIONS

Mai 1989
Conseil consultatif national sur le troisième âge

89-05357/

Pour obtenir de l'information sur ce rapport, communiquez avec le :

Conseil consultatif national
sur le troisième âge
Pièce 340
Immeuble Brooke Claxton
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
(613) 957-1968

Un **Rapport sommaire** est aussi disponible auprès du Conseil.

This publication is also available in English under the title :

Understanding Seniors' Independence
Report No. 1 :
The Barriers and Suggestions for Action.

An **Executive Summary** may be obtained as well from the Council.

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1989
N° de cat. H 71-3/11-1-1989F
ISBN 0-662-95416-5

TABLE DES MATIERES

PREFACE..... 8

MEMBRES DU CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIEME AGE..... 10

1. INTRODUCTION..... 11

2. APERCU GENERAL..... 13

3. RESUME DES SOLUTIONS PROPOSEES AFIN DE PROMOUVOIR LA VIE AUTONOME..... 18

3.1 MAXIMISER LA CAPACITE DES PERSONNES AGEES DE CHOISIR..... 18

3.2 ASSURER UN ENVIRONNEMENT PROPICE A L'AUTONOMIE..... 19

3.3 INFORMER ET EDUQUER LE PUBLIC..... 21

3.4 PROMOUVOIR LA RECHERCHE, L'EVALUATION ET LA PLANIFICATION..... 22

3.5 DONNER UNE FORMATION SUFFISANTE AUX FOURNISSEURS DE SERVICES..... 24

3.6 ORGANISER LES SERVICES NECESSAIRES..... 24

3.7 APPUYER LE RESEAU DE SERVICES INFORMELS..... 25

4. DESCRIPTION DETAILLEE DES SEPT SECTEURS DE PROBLEMES MAJEURS..... 27

4.1 SANTE PHYSIQUE..... 27

4.1.1 INTRODUCTION..... 27

4.1.2 NATURE ET ETENDUE DU PROBLEME..... 27

1. Troubles sensoriels..... 28

a) Déficience auditive..... 28

b) Troubles de la vue..... 29

2. Affections musculosquelettiques et articulaires..... 30

a) Perte de souplesse et de force..... 30

b) Ostéoporose et problèmes connexes..... 31

3. Douleur..... 32

4. Incontinence..... 33

5. Mauvais emploi de médicaments..... 34

4.1.3 SOLUTIONS PROPOSEES 35

4.2 BIEN-ETRE MENTAL ET EMOTIF..... 39

4.2.1 INTRODUCTION..... 39

4.2.2 NATURE ET ETENDUE DU PROBLEME..... 40

1. Solitude..... 40

2. Anxiété, stress et peur..... 41

3. Dépression..... 42

4. Démence..... 43

4.2.3 SOLUTIONS PROPOSEES..... 44

4.3 TRANSPORT ET MOBILITE..... 48

4.3.1 INTRODUCTION..... 48

4.3.2 NATURE ET ETENDUE DU PROBLEME..... 48

1. Manque général de moyens de transport..... 48

a) Transport privé..... 49
b) Transport public..... 50

2. Mauvaises conditions environnementales..... 50

3. Problèmes des aînés handicapés..... 51

4. Problèmes des aînés en milieu rural.... 52

4.3.3 SOLUTIONS PROPOSEES..... 52

4.4 SERVICES DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRES..... 55

4.4.1 INTRODUCTION..... 55

4.4.2 NATURE ET ETENDUE DU PROBLEME..... 55

1. Quantité insuffisante de services..... 56

2. Accès et coordination inadéquats..... 57

3. Problèmes associés aux dispensateurs de services..... 58

4.4.3 SOLUTIONS PROPOSEES..... 59

4.5 SECURITE ET SURETE..... 63

4.5.1 INTRODUCTION..... 63

4.5.2 NATURE ET ETENDUE DU PROBLEME..... 63

1. Anxiété et craintes..... 63

2. Ignorance des mesures et des dispositifs de sécurité..... 65

4.5.3 SOLUTIONS PROPOSEES..... 65

4.6 LOGEMENT..... 67

4.6.1 INTRODUCTION..... 67

4.6.2 NATURE ET ETENDUE DU PROBLEME..... 67

1. Logements existants non adaptés aux personnes âgées..... 67

2. Coût élevé du logement et de l'entretien des habitations..... 68

3. Absence d'options novatrices dans les aménagements résidentiels..... 69

4.6.3 SOLUTIONS PROPOSEES..... 70

4.7 COMMUNICATION ET INFORMATION..... 71

4.7.1 INTRODUCTION..... 71

4.7.2 NATURE ET ETENDUE DU PROBLEME..... 72

1. Manque de connaissances sur comment obtenir l'information et les services nécessaires..... 72

2. Problèmes de communication résultant d'obstacles langagiers, culturels ou physiques..... 73

4.7.3 SOLUTIONS PROPOSEES..... 73

CONCLUSION..... 75

REFERENCES..... 79

REMERCIEMENTS..... 87

ANNEXE 1 QUESTIONNAIRE UTILISE POUR LA CONSULTATION..... 91

ANNEXE 2 CONSIDERATIONS D'ORDRE METHODOLOGIQUE ET TECHNIQUE 103

ANNEXE 3 PARTICIPANTS A LA SEANCE DE DISCUSSION... 105

ANNEXE 4 TABLEAUX COMPARATIFS DES PROBLEMES PERCUS PAR LES TROIS CATEGORIES DE PERSONNES AYANT REPONDU A L'ETUDE..... 107

PREFACE

Ce rapport donne les résultats d'une étude qui a été réalisée par le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) afin de mieux comprendre à quels obstacles font face les aînés dans la collectivité et leurs conséquences au plan de l'autonomie. Pour cette étude, le CCNTA a consulté les intéressés, leurs associations, ainsi que les personnes qui travaillent avec les aînés, au moyen d'un questionnaire et d'un examen par un groupe de discussion.

Le rapport renferme des suggestions de solutions que le CCNTA a formulées et qui devraient aider à atténuer ou à éliminer les obstacles les plus importants.

Les obstacles relevés dans chaque catégorie sont ceux qui ont été cités par la majorité des personnes consultées. C'est dans cette direction que les solutions envisagées doivent être orientées si nous voulons que nos efforts pour aider les personnes âgées à demeurer dans la collectivité soient efficaces.

L'information et les éléments de solution contenus dans le présent rapport visent à promouvoir une connaissance accrue des problèmes des personnes âgées. Cela devrait être utile à divers publics : les personnes âgées elles-mêmes, leurs associations, les fournisseurs de services, les personnes influentes dans la communauté, les représentants des ministères et organismes provinciaux et fédéraux, en somme tous ceux dont le travail, les études ou les intérêts les amènent à vouloir comprendre "de l'intérieur" l'expérience des personnes âgées dans les communautés canadiennes.

Le CCNTA remercie de tout coeur les personnes âgées, leurs associations, les fournisseurs de soins--tant ceux du réseau officiel que les autres--, et les associations professionnelles qui ont répondu à son questionnaire ou qui lui ont écrit pour expliquer leur situation et exprimer leur opinion. C'est leur contribution qui donne à l'étude du CCNTA toute sa valeur.

Le CCNTA est aussi profondément reconnaissant à Leroy Stone et à Frank Jones de la Division de la démographie de Statistique Canada. Ils nous ont donné une aide et des conseils précieux pour la conception du projet et la manipulation et l'interprétation des données que le questionnaire a permis de réunir.

Nous devons beaucoup aux membres du Conseil qui faisaient partie du Comité des projets spéciaux, le maître d'oeuvre de cette recherche. Ils n'ont ménagé ni leur temps, ni leur énergie dans cette entreprise.

Enfin, je tiens à remercier la directrice du CCNTA, Susan Fletcher, et tous les membres du personnel dont le dévouement et l'admirable esprit de collaboration ont permis de mener cette tâche à bonne fin.

Je tiens à mentionner tout particulièrement Judith Stryckman, qui a eu la responsabilité de diriger la recherche et de rédiger ce rapport très complet présentant le point de vue des personnes qui ont répondu à la consultation et les suggestions de solutions qui reflètent l'orientation fondamentale du Conseil consultatif national sur le troisième âge. Madame Stryckman a été l'âme dirigeante du projet Obstacles à la vie autonome.

La présidente,

Charlotte Matthews, D.Ph.

MEMBRES DU CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIEME AGE

Présidente	
Charlotte Matthews*	Sarnia, Ontario
Membres	
Joel W. Aldred	Port Perry, Ontario
Frank Appleby	Athabasca, Alberta
Lila Briggs*	Sydney Mines, Nouvelle-Ecosse
Antonio Capobianco*	Montréal, Québec
Kappu Desai	Don Mills, Ontario
Tina Donald	Summerside, Ile-du-Prince-Edouard
Louise Francoeur	Saint-Bruno, Québec
Barbara Gregan*	Frédéricton, Nouveau-Brunswick
Mary Hill*	Vancouver, Colombie-Britannique
Madge McKillop	Saskatoon, Saskatchewan
Noëlla Porter	Sainte-Foy, Québec
Edward Slater*	Manotick, Ontario
William Smoler	Whitehorse, Yukon
Grace Sparkes	Saint-Jean, Terre-Neuve
Jake Suderman	Winnipeg, Manitoba
Yvon R. Tassé	Sillery, Québec
Blossom T. Wigdor*	Toronto, Ontario

* Membres du Comité des projets spéciaux, qui a dirigé cette recherche.

1. INTRODUCTION

Le 9 février 1988, un nouveau mode de financement fédéral était mis sur pied dans le cadre de la Stratégie relative aux personnes âgées afin de donner aux aînés "des possibilités accrues d'être des membres à part entière de leur collectivité" (Gouvernement du Canada, 1988).

Par suite de cette initiative, le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a reçu des fonds et des ressources humaines supplémentaires pour élargir ses activités de recherche et de consultation en matière de politiques. Compte tenu de l'orientation de la Stratégie relative aux personnes âgées, qui vise à "veiller à ce que les Canadiennes et les Canadiens âgés puissent faire connaître leurs besoins directement au gouvernement" (Ibid.), le Conseil a entrepris une étude afin de déterminer la nature et l'importance des obstacles qui gênent les aînés dans la poursuite d'un mode de vie autonome au sein de leur communauté. Dans ce contexte, on entend par autonomie la perception subjective de pouvoir conduire les activités de la vie dans un milieu normal de la communauté et d'avoir accès à une gamme de choix quant à ces activités. Un "obstacle" à la vie autonome est une condition ou une situation qui rend difficile la vie autonome ou qui est perçue comme une menace à l'autonomie ou au choix disponible. Ainsi, dans le présent rapport, la personne qui associe une condition ou une situation à un obstacle à l'autonomie n'avance pas nécessairement qu'elle ne vit pas présentement en autonomie.

L'étude du CCNTA sur les obstacles à la vie autonome comportait trois volets. Après un examen complet des documents de recherche sur le sujet, le Conseil a procédé à une consultation nationale sur les obstacles à l'autonomie auxquels doivent faire face les aînés dans la collectivité; cette consultation a permis de recueillir les opinions des intéressés, de leurs associations ainsi que des professionnels et autres personnes qui travaillent avec des personnes âgées ou qui s'occupent de leur bien-être. Enfin, la dernière étape du processus a consisté en un examen du groupe visé lors d'une séance de discussion.

La consultation nationale s'est faite au moyen d'un questionnaire distribué par l'entremise de personnes âgées, de leurs associations, de journaux et d'autres publications, ainsi que par les associations professionnelles avec lesquelles le Conseil a des contacts réguliers. Le questionnaire a été distribué au plus grand nombre d'intéressés possible au pays. Il est reproduit à l'annexe 1. Des efforts ont été faits afin d'assurer une participation adéquate de toutes les régions. Cela étant dit, cette façon de procéder ne se réclame certes pas de

l'échantillonnage scientifique; elle ne permet pas de garantir une représentativité selon les normes d'échantillonnage généralement reconnues. (Voir les Considérations d'ordre méthodologique et technique à l'annexe 2.)

Par ailleurs, il convient de souligner que certains groupes sont indiscutablement sous-représentés dans le cadre de cette consultation et qu'on a fait aucun effort particulier pour assurer leur représentation. Il s'agit notamment des personnes très âgées, c.-à-d. qui ont plus de 85 ans, des personnes à faible revenu, des personnes frêles ou gravement handicapées, des personnes qui vivent en milieu institutionnel et des membres de minorités ethniques. En outre, nous n'avons pas essayé d'analyser les besoins spéciaux des personnes âgées autochtones ou de suggérer des solutions. Compte tenu de l'importance d'accorder une attention particulière aux problèmes des personnes faisant partie de ces groupes, il y aurait lieu de prévoir des ressources pour concevoir des études qui porteraient sur la situation de ces groupes d'aînés.

Un examen par un groupe de discussion constituait le troisième volet du projet sur les obstacles à l'autonomie. Les membres du Conseil ont invité plus de 25 experts en gérontologie de tous les coins du pays à une séance qui avait pour but de valider les résultats des deux étapes précédentes et d'en obtenir confirmation. Ces spécialistes ont aussi été invités à proposer des stratégies qui pourraient aider à éliminer ces obstacles ou à les atténuer. (Voir la liste des experts consultés à l'annexe 3.)

Ce rapport donne un aperçu général des principaux secteurs problèmes recensés dans le cadre de l'étude du CCNTA. Il renferme aussi une analyse détaillée des sept secteurs problèmes les plus importants ainsi qu'une description des obstacles précis mentionnés dans chaque cas. Des suggestions de solutions pour aider les personnes âgées à vaincre ou à réduire ces obstacles--ou s'en accommoder--suivent les définitions des problèmes.

Le lecteur ne doit pas oublier que ce rapport réflète les perceptions de ceux et celles qui ont choisi de répondre au questionnaire du CCNTA. Les problèmes mentionnés doivent être vus sous cet angle. Les recherches montrent comment la plupart des aînés canadiens vivent au sein de la collectivité et se tirent d'affaire malgré que plusieurs difficultés envahissent leur vie. D'autres, toutefois, vivent des problèmes auxquels il faut répondre.

2. APERCU GENERAL

En dépit du fait que les personnes âgées répètent souvent qu'elles préfèrent demeurer le plus longtemps possible dans leur maison ou logement au sein de la collectivité, un grand nombre d'entre elles doivent faire face à divers obstacles pour pouvoir continuer à vivre en autonomie. Parmi ces difficultés, on note les problèmes liés à la santé physique ou mentale, aux services de santé, aux services de soutien communautaires, au soutien offert par la famille et la société, aux attitudes face au vieillissement, au revenu, au logement, à la mobilité et au transport, à la communication et à l'information, à la sûreté et à la sécurité, ainsi qu'aux possibilités de s'adonner à des activités de son choix.

Une étude de la documentation pertinente a révélé que la plupart des problèmes auxquels doivent faire face les personnes âgées au sein de la collectivité appartiennent à ces secteurs.

Ceux-ci illustrent les divers éléments qui sont liés au bien-être global des aînés. La santé physique et mentale ainsi que les services de santé assurent généralement "l'état complet de bien-être" dans le sens traditionnel du terme, c'est-à-dire la capacité pour une personne âgée de fonctionner adéquatement et de jouir d'une bonne qualité de vie. Le fait de pouvoir s'adonner à des activités de son choix est aussi lié au bien-être puisqu'il sous-entend la possibilité, pour une personne, de faire des choses qu'elle juge importantes sur le plan personnel.

Le soutien communautaire englobe à la fois les services sociaux et de santé. Formels ou informels, ceux-ci peuvent aider les personnes âgées à demeurer partie intégrante de la collectivité. Les attitudes face au vieillissement et le contexte social dans lequel évoluent les individus ont aussi un effet sur l'autonomie. Le soutien familial et social est souvent vital pour l'individu âgé qui veut demeurer autonome.

Le logement et le revenu sont reconnus comme des ressources de base permettant aux personnes âgées de conserver une qualité de vie adéquate au sein de la collectivité. Il a été montré que la faiblesse du revenu surtout, a des conséquences sur à peu près tous les autres problèmes identifiés. Dans deux autres secteurs--soit le transport et la mobilité ainsi que la sûreté et la sécurité--on tient aussi compte de la personne âgée dans son environnement communautaire. Dans le premier cas, on se réfère à la capacité de la personne âgée de se déplacer et d'avoir accès à des ressources; dans le deuxième, au sentiment

d'insécurité ou de vulnérabilité qu'éprouve la personne âgée, même lorsqu'elle est chez elle ou dans sa propre collectivité. On se réfère aussi à la peur de ne pouvoir obtenir de l'aide en situation de crise.

Enfin, les problèmes de communication et d'information désignent les difficultés auxquelles se heurtent les personnes âgées dans une société infoculturelle, par exemple savoir comment trouver les bonnes sources d'information et les ressources nécessaires, comprendre la façon dont le système fonctionne, etc.

Le processus de consultation et l'examen par le groupe de discussion ont permis de faire passer de douze à sept les secteurs problèmes les plus importants dans le contexte canadien actuel. Ce sont, dans l'ordre : la santé physique, le bien être mental et affectif, le transport et la mobilité, les services de soutien communautaires, la sécurité et la sûreté, le logement, ainsi que la communication et l'information.

1. Les problèmes de santé physique sont l'obstacle le plus grave à l'autonomie chez le plus grand nombre de personnes âgées. Des problèmes tels que la douleur, une baisse de la vue ou de l'ouïe, l'arthrite, l'incontinence, les problèmes dentaires ou la difficulté à suivre les ordonnances du médecin, peuvent grandement limiter la capacité des aînés de vivre de façon autonome. Plusieurs personnes âgées souffrent de plusieurs problèmes en même temps; souvent, leur effet cumulé aggrave leur situation davantage.

   Les problèmes d'ordre physique ont été cités comme obstacle à la vie autonome par 71 p. 100 des personnes âgées qui ont répondu individuellement au Conseil, par 82 p. 100 de ceux qui ont répondu au nom d'associations d'aînés, et par 96% des professionnels et autres intervenants auprès des personnes âgées.

2. Les problèmes d'ordre affectif ou mental suivaient de près en deuxième place. Ceux-ci englobent les problèmes qui affectent d'une façon générale la capacité d'une personne de fonctionner d'une manière qui favorise son bien-être subjectif, le développement et l'utilisation optimaux de ses capacités mentales et l'atteinte de buts personnels. Parmi les problèmes de cette catégorie, mentionnons la dépression, l'anxiété, le stress, la solitude, le chagrin, la peur face à une dépendance accrue ou à la mort, ainsi que la perte de mémoire, la confusion et la démence. Venir à bout de ces problèmes est de toute évidence une condition très importante pour qu'une personne âgée puisse continuer à vivre de façon autonome.

En fait, la majorité des répondants dans les trois groupes consultés par le Conseil ont jugé que cet élément constituait un obstacle, soit 52 p. 100 des personnes âgées qui ont répondu au questionnaire en leur propre nom, 75 p. 100 de ceux qui ont répondu au nom d'associations d'aînés, et 96 p. 100 des professionnels et autres travailleurs qui travaillent avec ces personnes.

3. Le transport et la mobilité sont des éléments indispensables à la vie au sein d'une collectivité. En plus de donner accès à divers services, ils permettent aux personnes âgées de continuer à apporter leur contribution à la société et à améliorer leur propre qualité de vie. Le fait d'éprouver des difficultés à avoir accès aux services essentiels tels que l'épicerie, les boutiques, la banque, l'église et les centres sociaux-récréatifs, ou d'avoir peur de sortir parce que les trottoirs sont enneigés ou glacés en hiver ou parce qu'ils sont inexistants ou en mauvais état peut constituer un handicap important pour les personnes âgées qui souhaitent conserver leur autonomie.

   La consultation effectuée par le CCNTA a permis de constater que les problèmes liés à la mobilité et au transport étaient considérés comme un obstacle à un mode de vie indépendant par 50 p. 100 des personnes âgées qui ont participé à l'enquête en leur propre nom, par 72 p. 100 de celles qui ont répondu au nom d'autres personnes âgées et par 89 p. 100 des professionnels et autres intervenants auprès des personnes âgées.

4. Les services de soutien communautaires aident les personnes âgées à continuer à vivre et à vieillir dans leur propre maison ou au sein de leur collectivité. La famille constitue évidemment le premier réseau de soutien pour la plupart des aînés, mais divers types de soutien communautaire ont été mis sur pied afin de fournir des services adéquats, appropriés, variés et coordonnés à tous ceux qui en ont besoin, sans devoir s'en remettre à l'institutionnalisation. Ces services incluent les soins et les repas à domicile, l'aide dispensée relativement à des activités telles que le magasinage, le lavage ou l'entretien ménager, et le recours aux services d'auxiliaires familiales ou d'hommes à tout faire pour s'occuper de petits travaux autour de la maison ou pour le déneigement. Encore une fois, lorsque ces services ne sont pas disponibles ou que les personnes âgées ont de la difficulté à y avoir accès, leur capacité de vivre de façon autonome au sein de la collectivité peut être gravement compromise.

Quelque 48 p. 100 des personnes âgées qui ont répondu en leur propre nom ont jugé que le manque de services de soutien communautaires ou leur inadéquation constituait un obstacle à un mode de vie indépendant, comparativement à 68 p. 100 des personnes qui ont répondu pour d'autres aînés et à 82 p. 100 des professionnels et autres intervenants auprès des personnes âgées.

5. La sécurité et la sûreté sont une source de préoccupation très importante pour les personnes âgées. Un bon nombre d'entre elles estiment qu'elles sont des victimes toutes désignées lorsqu'elles vivent seules ou qu'elles marchent dans la rue. Ce sentiment d'insécurité est encore plus prononcé lorsque les personnes ont des contacts peu fréquents avec des amis ou de la famille puisqu'elles se demandent alors ce qui se passerait si elles avaient besoin d'aide à la maison. Même si elles ne sont pas fondées, l'anxiété et la peur généralisée peuvent gêner considérablement les personnes âgées dans leur recherche d'indépendance.

   Ainsi, 44 p. 100 des personnes qui ont répondu pour elles-mêmes au questionnaire du CCNTA ont jugé que les problèmes liés à la sûreté et à la sécurité constituaient un obstacle à l'autonomie, comparativement à 67 p. 100 dans le cas des personnes qui ont répondu pour d'autres aînés et à 82 p. 100 dans le cas des professionnels et autres travailleurs concernés.

6. Le logement représente beaucoup plus qu'un simple abri. Pour les personnes âgées, il peut constituer un facteur important dans la qualité de leur vie et peut influer sur leur capacité de demeurer autonomes. En fait, un logement ou un appartement bien conçu peut faire toute la différence entre le confort et l'inconfort, entre vivre dans un milieu permettant de jouir d'un maximum de liberté et d'utiliser ses aptitudes fonctionnelles, et être soumis à rude épreuve en faisant face à des contraintes et à des obstacles érigés par le milieu environnant (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1987).

   Au cours de l'étude menée par le CCNTA, 43 p. 100 des personnes âgées ayant répondu en leur propre nom, 69 p. 100 de celles ayant répondu pour d'autres personnes âgées et 82 p. 100 des professionnels et des autres travailleurs du domaine ont déclaré que le logement faisait obstacle à l'autonomie des personnes âgées.

7. La communication et l'information sont des questions importantes pour les personnes âgées, tout comme elles le sont pour le reste de la société d'aujourd'hui. De la même façon qu'il est plus facile de s'adapter à la plupart des situations auxquelles nous sommes confrontés, il est plus facile de vieillir lorsque nous disposons de renseignements adéquats. Par exemple, les aînés doivent être informés en ce qui a trait à des questions telles que la sécurité, les produits de consommation, certaines considérations juridiques et la planification financière. La plupart d'entre eux veulent demeurer au courant des événements et des tendances sur le plan social et politique. Ils sont conscients du fait qu'ils doivent comprendre l'appareil bureaucratique gouvernemental et savoir à qui s'adresser pour obtenir les services requis. Certaines personnes âgées éprouvent des difficultés particulières dans leur démarche pour communiquer leurs besoins : problèmes d'ordre linguistique et culturel, difficulté à lire ou écrire, ou handicaps physiques.

   Les problèmes de communication et d'information ont été jugés être des obstacles à l'autonomie par 43 p. 100 des personnes âgées qui ont répondu au questionnaire du Conseil en leur nom propre, par 72 p. 100 de celles qui ont répondu au nom d'autres aînés, et par 82 p. 100 des professionnels et autres travailleurs concernés.

   Les pourcentages élevés découlant des réponses données par les personnes ayant répondu pour des aînés et par les intervenants du milieu devraient être interprétés avec prudence. (Voir l'annexe 2.)

3. RESUME DES SOLUTIONS PROPOSEES AFIN DE PROMOUVOIR LA VIE AUTONOME

Au terme de son étude, le Conseil avait cerné plusieurs secteurs qui devront être améliorés si nous voulons atténuer ou éliminer les obstacles à la vie autonome recensés ici. Ces secteurs sont décrits dans le présent résumé. Des recommandations plus détaillées sont présentées à la fin de chaque description du problème.

Ces suggestions englobent à la fois les travaux que le CCNTA devrait effectuer et les mesures qui pourraient être prises par les différents ordres de gouvernement, les groupes professionnels, les associations et les personnes âgées elles-mêmes. La mise en application de ces mesures n'est toutefois attribuée à personne en particulier.

Le CCNTA souhaite que les différents lecteurs du rapport relèvent dans les suggestions proposées celles qui se rattachent le plus à leur travail ou à leur situation et qu'ils les appliquent dans la mesure du possible.

Le CCNTA a recensé les secteurs où des solutions s'imposent en s'appuyant sur les résultats d'une revue documentaire et sur les réponses des trois groupes consultés au moyen du questionnaire et de la séance de discussion.

3.1 MAXIMISER LA CAPACITE DES PERSONNES AGEES DE CHOISIR :

- Les personnes âgées devraient être reconnues comme une partie intégrale de la collectivité, partageant avec d'autres un intérêt commun au regard du bien-être des membres de tous les groupes d'âge dans la société.

- Les personnes âgées et celles qui le seront bientôt doivent être encouragées à prendre une part active à la planification de leur avenir.

- Il faudrait consulter fréquemment les personnes âgées qui utilisent les services établis, que ce soit dans un cadre institutionnel ou communautaire, pour s'assurer que leurs besoins sont satisfaits.

- Les conseils consultatifs et les conseils de planification des services devraient compter parmi leurs membres un nombre de personnes âgées proportionnel à leur représentation au sein de la population locale.

- On devrait donner aux personnes âgées des conseils pratiques pour se protéger activement contre les actes criminels et les accidents et pour participer à la protection de leur collectivité.

- Il faut respecter le droit d'une personne âgée de vivre "à ses propres risques", si celle-ci a été reconnue mentalement compétente selon les normes professionnelles.

3.2 ASSURER UN ENVIRONNEMENT PROPICE A L'AUTONOMIE :

- Afin que les personnes âgées puissent avoir accès aux ressources nécessaires pour demeurer autonomes, leur revenu personnel ne devrait pas être plus bas que les seuils de faible revenu établis par Statistique Canada.

- Une gamme de services de soutien communautaires formels et informels devrait être offerte dans chaque région du pays, formant ainsi un programme de soins adaptés aux besoins en évolution de chaque personne âgée. Ces services devraient être vus comme une partie intégrale du système de soins de santé.

- Les frais de déplacement encourus pour obtenir les services de soutien communautaires devraient être inclus dans le budget total des services, s'il y a lieu.

- Des fonds devraient être alloués aux centres pour personnes âgées afin qu'ils puissent mettre sur pied des services de counseling, de référence et de défense des droits là où ce genre de service fait défaut.

- Les personnes âgées d'origine étrangère devraient avoir un accès égal à tous les principaux services de soutien, d'une manière qui respecte leur identité culturelle.

- La personne âgée elle-même, ses proches ou ses amis, de même que les fournisseurs de services devraient être autorisés à demander les services de soutien à domicile nécessaires à la personne âgée.

- Les besoins de services de soutien à domicile devraient être évalués par une équipe multidisciplinaire comprenant au moins une infirmière, un travailleur social et, si possible, le médecin de famille.

- Des cliniques communautaires de santé, mettant l'accent sur la promotion de la santé et appliquant les mêmes normes de service partout au pays, devraient être

accessibles aux personnes âgées partout au Canada. Au besoin, des solutions innovatrices pour fournir ce service devraient être explorées, notamment les consultations itinérantes et les consultations sans rendez-vous.

- Les personnes âgées devraient avoir accès à diverses possibilités de logement ou d'aménagements résidentiels qui favorisent leur autonomie.

- Des centres et des numéros pour appels d'urgence devraient être mis à la disposition des personnes âgées et de ceux qui s'en occupent afin de les aider dans les situations d'urgence ou de crise.

- Les règlements municipaux qui font obstacle à la mise sur pied d'options de logement pour personnes âgées devraient être examinés et corrigés au besoin.

- Les personnes âgées devraient avoir accès, à un coût raisonnable, à des aides comme des appareils auditifs, visuels et autres appareils techniques favorisant l'autonomie, et elles devraient recevoir au besoin l'appui financier pour se les procurer.

- On devrait accorder une attention spéciale à l'élaboration de systèmes de transport moins coûteux et plus flexibles pour les personnes âgées, plus spécialement dans les petites villes et en milieu rural.

- Des efforts devraient être faits pour faciliter la mobilité des piétons et des conducteurs âgés, par exemple procéder rapidement à l'enlèvement de la neige et de la glace dans les rues et sur les trottoirs, ou encore améliorer le genre, l'endroit et l'éclairage des panneaux et des mécanismes de signalisation.

- Les autorités de transport en commun et les autres services de transport devraient s'assurer que leurs services prennent en considération les besoins de leur clientèle âgée, y compris les personnes qui ont un handicap physique ou mental.

- Les urbanistes devraient être encouragés à fournir des aires de déplacement et de magasinage à la fois agréables, sécuritaires et stimulantes pour toute la population.

- L'accès au transport adapté devrait être permis pour des raisons sociales, récréatives et pour les autres besoins

de la vie quotidienne. Son accès ne devrait pas être limité aux besoins de santé seulement, comme les visites médicales ou les activités liées aux services communautaires.

3.3 INFORMER ET EDUQUER LE PUBLIC :

- Les médias devraient donner une image positive des personnes âgées, et le public devrait être encouragé à reconnaître les ressources, les capacités et la contribution de toutes les personnes âgées, même de celles dont les capacités physiques ou mentales sont diminuées.

- Les personnes âgées devraient être informées des possibilités qui leur sont offertes d'entreprendre des activités qui amélioreront leur qualité de vie et celle de leurs égaux et qui favoriseront leur autonomie.

- On devrait bien expliquer aux personnes âgées les avantages et les inconvénients pour l'autonomie des diverses possibilités de logement, y compris l'adaptation de leur logement actuel, pour leur permettre de prendre des décisions plus éclairées touchant leur situation de logement en toute connaissance de cause.

- Les personnes âgées devraient être informées des services accessibles par divers moyens, y compris les médias et les services téléphoniques sans frais opérés par des personnes compétentes et informées partout au pays.

- Les personnes âgées devraient recevoir l'information et l'aide nécessaires pour leur permettre d'utiliser au maximum les technologies nouvelles, par exemple les appareils téléphoniques à composition automatique, les guichets automatiques et les ordinateurs personnels.

- On devrait aider, de manière appropriée au point de vue culturel, les personnes âgées dont la langue n'est ni le français ni l'anglais à acquérir des connaissances linguistiques satisfaisantes dans l'une des deux langues officielles, pour leur permettre de communiquer leurs idées et leur besoins efficacement et de mettre à profit l'information qu'elles reçoivent.

- S'il y a lieu, l'information à l'intention des personnes âgées devrait être accessible dans des langues autres que l'anglais et le français. Les mécanismes

utilisés par les communautés ethniques--journaux, radio et télévision--devraient servir de canal de diffusion.

- On devrait aider les personnes âgées d'origine étrangère à comprendre les rouages fondamentaux des institutions sociales canadiennes, pour les aider à faire face efficacement aux réalités de la vie quotidienne dans la société canadienne.

- On devrait offrir une formation à la vie autonome aux personnes âgées qui peuvent en avoir besoin après que leur conjoint ou leur cohabitant a été institutionnalisé et aux personnes qui viennent de perdre leur conjoint. Cette formation comprendrait des cours de base en cuisine et en gestion financière et viserait à aider les intéressés à faire face plus efficacement aux tâches de la vie quotidienne.

- On devrait dresser un annuaire de ressources facilitant l'autonomie, incluant des mesures de sécurité, et offrir cet annuaire aux personnes âgées et aux autres intéressés.

- Il faudrait sensibiliser les personnes âgées, les proches qui en prennent soin et les professionnels de la santé à l'importance de meilleures communications pour tout ce qui a trait à la santé, et leur donner des conseils pratiques sur l'amélioration de ces communications.

- On devrait renseigner les personnes âgées sur les modèles de transport qui ont fait leurs preuves dans les petites localités urbaines et rurales, de manière à ce qu'ils soient imités ailleurs au pays.

- Les personnes âgées et leurs proches doivent être informés des sortes d'accidents et d'actes criminels auxquels ils sont les plus vulnérables et des mesures à prendre pour les éviter ou les affronter.

3.4 PROMOUVOIR LA RECHERCHE, L'EVALUATION ET LA PLANIFICATION :

- Ceux qui planifient et qui fournissent des services aux personnes âgées devraient avoir pour objectif la promotion de l'autonomie de celles-ci.

- Un exercice national de planification d'ensemble devrait être entrepris pour obtenir des projections exactes des besoins futurs de la population vieillissante du Canada.

- Tout exercice de planification devrait inclure le monitoring de diverses facettes du vieillissement de la population grâce à la collecte de statistiques pertinentes fondées sur des enquêtes sociales et de santé, au ciblage de la recherche, à l'analyse soigneuse des données, et à de vastes consultations avec le public.

- Les activités des autorités responsables du logement et des services sociaux et sanitaires devraient être bien coordonnées afin de répondre aux besoins globaux des personnes âgées d'aujourd'hui et de demain.

- La recherche appliquée multidisciplinaire dans le domaine du vieillissement, favorisant les méthodes longitudinales, devrait être encouragée dans divers secteurs, notamment :

  - o l'évaluation continue des services communautaires existants fournis aux personnes âgées--tant par le réseau structuré que non-structuré--, cela pour en vérifier la qualité et le rapport coût-efficience;

  - o la mise en marche de projets pilotes pour vérifier et évaluer la coordination des services, en organisant par exemple un point unique d'aiguillage ou de gestion des cas;

  - o la conduite de recherches sur la coopération et la coordination entre les fournisseurs de services des réseaux formels et informels, y compris entre les membres d'une même famille, les voisins et les amis;

  - o des études sur le coût et les sources possibles de financement accru afin d'améliorer les services de soutien communautaire et d'assurer un personnel suffisant;

  - o l'évaluation continue de l'accessibilité et de la qualité des services sanitaires et sociaux, en accordant une attention spéciale aux besoins des personnes âgées dans les petites villes et les régions rurales;

  - o des recherches sur les aspects éthiques et juridiques des handicaps physiques et mentaux, ainsi que de l'abus des personnes âgées;

- o des recherches pour analyser les différents systèmes de transport pour personnes âgées qui ont fait leurs preuves dans les petites collectivités urbaines et rurales;

- o l'évaluation des options d'aide à l'autonomie au niveau de leur coût et de la qualité de vie qu'elles offrent aux personnes âgées.

3.5 DONNER UNE FORMATION SUFFISANTE AUX FOURNISSEURS DE SOINS :

- Des lignes directrices nationales devraient être établies pour assurer une formation en gérontologie et en gériatrie aux personnes qui offrent des services aux personnes âgées; cette formation devrait correspondre aux exigences de leurs activités professionnelles ou bénévoles.

- Une formation devrait être donnée aux professionnels de la santé et des services sociaux, pour les aider à :

  - o faciliter la prise de décisions chez les personnes âgées;

  - o travailler comme partenaires égaux avec les soignants du réseau informel et les fournisseurs de services;

  - o éviter la surmédicalisation des personnes âgées;

  - o répondre aux besoins des personnes âgées d'origine étrangère.

- Une formation adéquate devrait être donnée aux personnes qui travaillent directement ou indirectement avec les personnes âgées handicapées pour les aider à comprendre ces handicaps et à avoir une attitude et un comportement qui donnent l'appui nécessaire tout en favorisant un maximum d'autonomie.

3.6 ORGANISER LES SERVICES NECESSAIRES :

- Un groupe de travail national devrait être créé afin d'évaluer les services offerts à travers le pays ainsi que leur qualité et de publier des rapports périodiques comparant les provinces.

- Une bonne coordination devrait exister entre les différents niveaux de services formels et informels pour que la personne âgée puisse aller d'un

niveau de soins ou de service à un autre selon ses besoins.

- Au moins un hôpital ou une clinique autonome par région devrait offrir des services d'évaluation gériatrique et de réadaptation qui tiennent compte du nombre de personnes âgées habitant dans la région, de sorte que les services nécessaires soient rendus le plus rapidement possible.

- Des lits doivent être offerts dans chaque collectivité afin d'offrir des séjours de courte durée aux personnes âgées qui se remettent d'une maladie aiguë, d'un accident cérébro-vasculaire, d'une hanche brisée, etc., afin d'éviter toute décision précipitée de demander l'entrée en milieu institutionnel.

- Une évaluation faite par une équipe multidisciplinaire, suivie d'un programme de soins individualisés et de réévaluations périodiques, devrait être la norme dans tous les hôpitaux et tous les services communautaires afin que chaque personne âgée reçoive l'orientation et les services dont elle a besoin.

- Des efforts de réhabilitation devraient être faits pour favoriser la réinsertion sociale des personnes âgées, même si elles vivent déjà en établissement, lorsqu'une évaluation établit que ces efforts seraient avantageux.

- Des soins en établissement adéquats, appropriés et abordables, adaptés aux besoins du malade, doivent être donnés aux malades atteints de la maladie d'Alzheimer qui ne peuvent plus être soignés à la maison.

- Là où c'est nécessaire, les services sanitaires et les services sociaux devraient être offerts dans des langues autres que l'anglais ou le français. Si cela est impossible, des services d'interprétation devraient être offerts.

3.7 APPUYER LE RESEAU DE SERVICES INFORMELS :

- Les fournisseurs de services du réseau formel devraient travailler en tant que partenaires égaux avec le réseau informel, y compris la famille, les amis et les voisins, et appuyer les efforts que ces derniers déploient au plan de l'aide fournie aux personnes âgées.

- Des services de counseling et un programme de formation à la vie autonome devraient être fournis à ceux et

celles qui prennent soin de personnes âgées souffrant d'un handicap physique ou mental, pour les aider à se débrouiller plus efficacement dans la vie de tous les jours.

- Une aide concrète, devrait être offerte, selon les besoins, aux personnes qui prennent soin des personnes âgées, pour alléger leur fardeau et les aider à continuer.

- Au besoin, il faut aider la famille qui prend soin d'une personne âgée à déterminer si celle-ci pourrait bénéficier d'une formation qui l'aiderait à acquérir des habiletés favorisant l'autonomie.

- Une attention spéciale doit être accordée aux proches des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, sous forme de conseils sur l'évolution de la maladie et sur les mesures qu'il faudra peut-être prendre, au niveau financier et juridique, au fur et à mesure que la maladie progresse.

- Des services de counseling devraient être offerts aux personnes âgées d'origine étrangère et aux membres de leur famille, à leur arrivée au Canada et plus tard lorsque le besoin s'en fait sentir, afin d'aider toute la cellule familiale à s'adapter à la vie au Canada et à planifier ses besoins.

- Il faudrait évaluer les besoins des conjoints et des cohabitants des malades chroniques ou en phase terminale, et des personnes qui viennent de perdre leur conjoint et de leur famille, pour leur offrir des services de counseling et d'autres services de soutien par les pairs, selon les besoins.

- La contribution des bénévoles qui travaillent auprès des personnes âgées doit être reconnue et, au besoin, ces personnes devraient être défrayées de leurs menues dépenses liées à leur travail.

4. DESCRIPTION DETAILLEE DES SEPT PROBLEMES MAJEURS RAPPORTES DANS L'ETUDE DU CCNTA

4.1 SANTE PHYSIQUE :

4.1.1 INTRODUCTION

Il ne fait aucun doute que le risque de développer des troubles physiques croît avec l'âge, et c'est là que réside l'une des principales préoccupations des personnes âgées. En effet, la santé physique a été considérée comme le principal obstacle à l'autonomie des personnes âgées si l'on se rapporte aux documents consultés dans le cadre de cette étude, aux résultats du questionnaire du CCNTA et aux spécialistes qui ont pris part au groupe de discussion.

Plus de 85 p. 100 des Canadiens de plus de 65 ans déclarent souffrir d'au moins un problème de santé, bien que 20 p. 100 seulement de la population canadienne âgée soit considérée comme véritablement frêle (Santé et Bien-être social Canada, 1981). Les plus âgés sont particulièrement susceptibles de souffrir de plusieurs maladies chroniques. Avec le temps, l'accumulation et l'interaction de ces troubles auront de plus en plus pour effet de réduire les capacités et la mobilité des personnes âgées, ce qui crée éventuellement un obstacle majeur à leur autonomie (AMC, 1987).

L'enquête qu'a menée le Conseil a révélé que 71 p. 100 des personnes âgées répondant elles-mêmes au questionnaire considèrent la mauvaise santé physique comme un problème, par rapport à 82 p. 100 des personnes âgées qui ont répondu au nom de leur association et à 96 p. 100 des professionnels interrogés.

Parmi les aînés répondant en leur nom personnel, un pourcentage beaucoup plus élevé des aînés plus âgés (75 à 84 ans) que des plus jeunes (65 à 74 ans) ont mentionné que la santé physique posait problème.

4.1.2 NATURE ET ETENDUE DU PROBLEME

Bon nombre de problèmes de santé ont été mentionnés au cours de l'étude, notamment des problèmes respiratoires, une perte au niveau de la vue ou de l'ouïe, l'arthrite, les rhumatismes, les maladies cardio-vasculaires, l'incontinence, les problèmes de pied, les problèmes dentaires et la difficulté de suivre les indications figurant sur les ordonnances. Cependant, cinq problèmes précis de santé physique semblent clairement se poser en obstacle à l'autonomie. Il s'agit de troubles sensoriels, des affections musculosquelettiques et articulaires, de la douleur,

de l'incontinence et des problèmes découlant du mauvais emploi de médicaments.

1. Troubles sensoriels

Les répercussions des problèmes de santé sur la capacité des personnes âgées à garder leur autonomie sont particulièrement frappants chez celles qui souffrent de troubles sensoriels, en particulier de déficience auditive et visuelle.

Les troubles sensoriels peuvent avoir de graves répercussions sur de nombreux aspects de l'autonomie notamment la santé mentale, les services d'aide communautaires, le logement, le transport et l'accès et l'utilisation de l'information. C'est pourquoi les personnes qui en sont affligées doivent souvent faire appel à un éventail de fournisseurs de services.

Les troubles sensoriels peuvent également être à l'origine de malentendus entre les membres d'une famille, d'où l'extrême importance de services adéquats d'aide et de counseling.

a) Déficience auditive

D'après les résultats de l'Enquête sociale générale, 32 p. 100 des hommes et 21 p. 100 des femmes âgés de 65 à 69 ans souffrent d'un trouble auditif (Statistique Canada, 1986). A l'âge de 85 ans, 50 p. 100 des personnes sont considérées "dures d'oreille", c'est-à-dire qu'elles souffrent d'une perte partielle de l'ouïe, d'où la difficulté de comprendre autrui même si elles n'ont pas complètement perdu leur ouïe (Office of Technology Assessment, 1986).

La déficience auditive entraîne inévitablement des difficultés sur le plan de la communication et dans l'exercice des nombreuses activités quotidiennes.

Les troubles de l'ouïe se développent souvent si graduellement qu'ils ne sont pas reconnus comme tels; parfois, on y voit plutôt un signe de la détérioration des capacités mentales. Il peut en résulter que la personne touchée se replie sur elle-même. Le manque de communication peut entraîner divers problèmes émotifs, depuis un sentiment d'isolement jusqu'à la dépression et la paranoïa (Ontario Advisory Council on Senior Citizens, 1982).

D'après la Société canadienne de l'ouïe, le traitement inadéquat de personnes âgées légèrement malentendantes peut entraîner leur placement inutile dans une maison de soins. On estime qu'environ 30 p. 100 des pensionnaires de centres d'accueil souffrent de déficiences auditives, lesquelles, si elles étaient soignées pourraient ne plus poser d'obstacle à leur indépendance au sein de la collectivité (Société canadienne de l'ouïe, 1985).

Bien que les troubles de déficience auditive les plus courants chez les personnes âgées ne peuvent être guéris par les interventions chirurgicales ou médicales actuelles, bon nombre peuvent être traités, après une évaluation adéquate, au moyen de prothèses auditives. Le besoin non comblé d'appareils est plus grand chez les malentendants que chez ceux qui souffrent d'une autre incapacité. De plus, la technologie courante ne rencontre pas toujours les besoins des personnes âgées. Seuls 28 p. 100 des malentendants utilisent une prothèse et 13 p. 100 déclarent en avoir besoin mais ne pas en posséder, principalement en raison du prix (Secrétariat d'Etat, 1986).

Le logement adapté et des environnements spécialement conçus et intégrant des aides technologiques peuvent aussi favoriser beaucoup l'autonomie des personnes âgées souffrant de déficience auditive.

b) Troubles de la vue

D'après les résultats de l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 21 p. 100 des handicapés de plus de 65 ans souffrent d'un trouble de la vue (Statistique Canada, 1986). L'Enquête Santé Canada a fait ressortir que 11 p. 100 des personnes âgées entre 65 et 74 ans et 12 p. 100 des personnes de 75 ans et plus ont déclaré souffrir d'un trouble visuel (SBSC, 1983).

Entre dans la catégorie des troubles de la vue toute difficulté grave causée par diverses conditions. Les cataractes, le glaucome, la dégénérescence maculaire ainsi que la rétinopathie causée par le diabète affectent le plus souvent des personnes âgées, en raison du processus de vieillissement. D'après l'Institut national canadien pour les aveugles, plus de 60 p. 100 des déficients visuels canadiens sont âgés de plus de 65 ans (INCA, n.d.).

La plupart des personnes âgées qui souffrent d'un trouble grave de la vue souffrent d'une "vision faible", trouble visuel que des lentilles ou des verres correcteurs ordinaires ne suffisent pas à corriger de façon à ramener la vue à son acuité normale.

Bien que les troubles visuels de la plupart des personnes âgées ne sont pas suffisamment graves pour qu'on considère ces personnes légalement aveugles, cette déficience a souvent pour effet de limiter leur autonomie ou leur capacité de vivre d'une façon indépendante, soit par exemple, de vivre en toute sécurité dans leur propre foyer, de conduire une voiture ou de prendre l'autobus, de participer à des loisirs, de lire, de regarder la télévision ou d'accomplir différentes tâches journalières.

Il est extrêmement important de diagnostiquer les problèmes des personnes âgées dès les premiers stages de la maladie et d'évaluer convenablement le trouble visuel dont elles souffrent. Outre certains problèmes pouvant être corrigés, comme bon nombre de cas de cataractes, il est possible de freiner d'autres troubles de la vue (causés par le glaucome et le diabète) et de réduire considérablement les risques de cécité et d'endommagement de l'oeil.

2. Affections musculosquelettiques et articulaires

D'après les résultats de l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 37 p. 100 des troubles invalidants dont on souffre au Canada s'inscrivent dans cette catégorie (Statistique Canada, 1986). On estime qu'environ 50 p. 100 de la population de plus de 65 ans--soit plus qu'un million de Canadiens--souffrent de problèmes liés à l'arthrite et au rhumatisme (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 1987; Lee et al., 1985).

a) Perte de souplesse et de force

Les affections musculosquelettiques et articulaires d'ordre général peuvent manifestement avoir d'importantes répercussions sur la capacité de fonctionner des personnes âgées. Ces répercussions se manifestent à deux niveaux, la souplesse et la force. La souplesse, soit la capacité de bouger normalement une articulation, est de toute évidence un facteur important qui influe sur plusieurs des aspects de la vie autonome, dont la mobilité en général et l'accomplissement des tâches quotidiennes.

Bon nombre de ces problèmes tirent leur origine de processus biologiques tels l'usure des articulations, d'états pathologiques comme l'arthrite, de facteurs liés au mode de vie comme la réduction de l'exercice physique, ou, la plupart du temps, d'une combinaison de ces trois éléments.

Les principales articulations où porte le poids d'une personne (p.ex. les genoux, chevilles, hanches et épaules), de même que les pieds et les mains, sont affectées par l'arthrite et cela cause souvent des effets importants. Selon l'Association canadienne de podiatrie, le développement de l'arthrite peut avoir des effets particulièrement dévastateurs sur les pieds au niveau de la santé des tissus, de la structure osseuse et de l'endurance physique. La douleur et la perte de mobilité causées par des problèmes pédieux peuvent porter atteinte à l'autonomie des personnes âgées de même qu'à leur qualité de vie en général (Canadian Podiatry Association, 1988).

La dextérité des doigts et des mains peut aussi être diminuée grandement par l'arthrite. Plusieurs tâches de la vie quotidienne, comme se vêtir ou préparer les repas, et des activités comme se brosser les dents, utiliser la soie dentaire ou nettoyer une prothèse, deviennent alors très frustrantes (Crawford, 1988).

Il est très important que cette affection soit décelée tôt, les traitements possibles étant plus efficaces lorsque les articulations n'ont pas subi de dommage permanent (Arthritis Society, 1986).

La réduction de la force musculaire peut également gravement limiter l'autonomie de la personne âgée. Les études révèlent que le pourcentage de la force maximale perdue à 65 ans varie entre 40 et 18 p. 100. Toutefois, des études ont montré que les personnes âgées qui suivent un régime d'exercices conçu selon leurs besoins peuvent, même après de longues périodes d'inactivité, retrouver leur force très efficacement (Frontera, 1988; Lewis, 1984).

b) Ostéoporose et problèmes connexes

Les désordres liés au squelette, comme l'ostéoporose, peuvent directement ou indirectement réduire l'autonomie de nombreuses personnes âgées. On estime que l'ostéoporose afflige 25 p. 100 des femmes canadiennes ménopausées (Murray, 1988). La diminution de la masse

osseuse du squelette et les faiblesses mécaniques dues à l'ostéoporose donnent lieu à de douloureuses difformités, et tout traumatisme mineur peut entraîner la fracture d'os et de vertèbres. Ces fractures ont des conséquences désastreuses pour beaucoup de personnes âgées.

Les fractures de la hanche liées à l'ostéoporose représentent un grave problème de santé pour les personnes âgées; elles entraînent le décès dans 12 à 20 p. 100 des cas et l'invalidité chez jusqu'à 75 p. 100 des autres (Ibid., 1988).

Qu'elles soient dues à l'ostéoporose ou à d'autres facteurs, les chutes sont la principale et la plus fréquente cause de blessures chez les personnes âgées, lesquelles risquent de mourir de leurs blessures tandis qu'un sujet plus jeune y aurait survécu (Bobb, 1987). En fait, beaucoup de personnes âgées craignent les chutes, et à juste titre, car elles craignent le début d'une réaction en chaîne et la fin de leur autonomie précaire et peut-être même de leur mode de vie (Craven et Bruno, 1986).

Malheureusement, cette peur peut aggraver le problème puisqu'elle risque d'entraîner une inactivité physique chez la personne âgée, inactivité qui entraîne à son tour une perte encore plus forte de calcium; en effet, il est essentiel de fournir un effort physique minimal pour maintenir une densité osseuse qui soit saine (Walker, 1983).

3. Douleur

La douleur et le malaise généralisé sont des conséquences fréquentes des problèmes musculosquelettiques. On estime qu'une personne sur dix en Amérique du Nord souffre de douleurs chroniques (Conseil des affaires sociales et de la famille, 1987), ainsi que 80 p. 100 des pensionnaires d'établissements de soins de longue durée (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987).

Quant à une autre source de douleur, un Comité consultatif d'experts a indiqué que 40 p. 100 de tous les cancéreux éprouvent de la douleur, proportion qui passe à 66 p. 100 chez ceux dont la maladie est à un stage avancé. Toutefois, 25 p. 100 des malades qui meurent du cancer ne reçoivent aucun soulagement adéquat de leur douleur (Comité consultatif d'experts pour le traitement des algies chroniques intenses chez les cancéreux, 1984).

Outre l'incapacité physique qu'entraîne souvent pareille maladie, la consommation accrue de médicaments, la mobilité réduite, l'isolement social et le stress mental qui accompagne les douleurs constantes peuvent bien entendu gravement nuire à la capacité qu'a la personne âgée de garder son autonomie (Harkins, 1988; MSSS, 1987).

4. Incontinence

L'incontinence est un problème courant chez les personnes âgées. Il afflige 10 à 15 p. 100 de toutes les personnes âgées au Canada, mais les femmes sont deux fois plus susceptibles d'en souffrir. L'incontinence est, pour les personnes âgées, la cause de nombreux problèmes pouvant gravement affecter leur capacité d'autonomie, en provoquant notamment la perte de l'estime de soi et l'isolement social du fait du manque d'installations sanitaires publiques adéquates, la gêne et le malaise. Des projets de sorties peuvent être grandement compliqués vu la difficulté d'assurer l'accès à des toilettes (Lewies, 1988). Beaucoup de personnes âgées tentent même de cacher leur problème d'incontinence à leur conjoint et aux autres membres de leur famille (Taylor et Henderson, 1986).

Pour diverses raisons, l'incontinence est mal évaluée par la profession médicale. Selon le D^{r} Neil Resnick, expert-conseil à l'Université Harvard, "il y a des milliers de gens qui souffrent de ce problème humiliant et accablant et personne ne les aide. C'est un sujet dont les médecins ne veulent pas parler ..." (traduction)(Resnick et al., 1989). Souvent les personnes âgées souffrant d'incontinence ne reçoivent pas le traitement adéquat parce que certains médecins croient que l'incontinence est une conséquence naturelle du vieillissement (Creighton, 1988; Resnick et al., 1989).

L'incontinence a souvent été mentionnée comme l'une des raisons principales pour lesquelles on demande le placement d'une personne âgée dans un établissement de santé. Il ne fait aucun doute que soigner un incontinent demeure l'une des tâches les plus désagréables que doit accomplir un dispensateur de soins, qu'il soit ou non un professionnel de la santé (Norton, 1987). Le fardeau associé au rôle de soignant est accru de ce fait. Le coût des coussinets d'incontinence, qui n'est habituellment pas couvert dans les régimes d'assurance, peut être un problème majeur pour les personnes âgées et leur famille.

5. Mauvais emploi de médicaments

Les personnes âgées, qui représentent quelque 10 p. 100 de la population, consomment 67 p.100 de tous les médicaments grand public et 25 p. 100 de tous les médicaments de prescription. Les recherches révèlent qu'environ 40 p. 100 des consultations à l'urgence et de 10 à 20 p. 100 de toutes les admissions de personnes âgées en milieu hospitalier sont dues à la prise erronée de médicaments (Kirkland, 1988).

Les produits pharmaceutiques peuvent aider les personnes âgées à garder leur autonomie et un mode de vie de qualité. Toutefois, utilisés à tort, les médicaments peuvent avoir de grandes retombées néfastes sur la vie des personnes âgées. Les tranquillisants, calmants, et autres médicaments ayant un effet dépresseur peuvent contribuer aux problèmes de confusion et d'incontinence, aux chutes et à la perte de leur vigueur. De plus, certains médicaments à effets hypnotiques peuvent même entraîner des symptômes d'anxiété chronique (Cormier et Trudel, 1986).

Parfois, les médicaments ne sont pas pris conformément à l'ordonnance soit par oubli ou parce que la personne âgée est incapable de comprendre les instructions relatives à la posologie en raison d'une déficience visuelle, auditive ou cognitive. Certaines personnes âgées mal informées prendront des médicaments qui ont été prescrits à des amis ou à des membres de leur famille pour des symptômes ressemblant aux leurs.

Il est possible que des médecins prescrivent certains médicaments sans être au courant de l'emploi concomitant d'autres médicaments ou sans bien comprendre les changements que le vieillissement provoque dans les processus d'absorption, de distribution, de métabolisme et d'élimination des médicaments (Butler et al., 1987). En vertu d'attentes bien ancrées tant chez les médecins que chez les patients, le médecin peut recourir trop souvent à la prescription de médicaments, sans explorer d'autres voies de solutions (Cormier et Trudel, 1986). Quoique l'on mentionne souvent comment les médecins cèdent à l'insistance des malades souhaitant recevoir une ordonnance, le fait que 40 à 72 p. 100 des consultations médicales se soldent par la délivrance d'une ordonnance est, semble-t'il, plus souvent lié à une dissatisfaction accrue du patient que le contraire (Povar, 1984).

4.1.3 SOLUTIONS PROPOSEES

1. La plupart des personnes âgées souhaitent vivre d'une façon autonome, prendre leurs propres décisions et contrôler autant d'aspects de leur vie qu'elles le peuvent et pour aussi longtemps que possible.

   Le Conseil recommande :

   - que ceux qui planifient et qui fournissent les services nécessaires aux personnes âgées aient toujours pour objectif la promotion de l'autonomie de celles-ci et qu'ils mettent l'accent sur l'approche préventive en tout temps (p.ex., en favorisant la promotion de la santé, les projets d'autoformation et les programmes d'amélioration des habitudes de vie);

   - que les personnes âgées soient informées de leurs droits relativement à l'autonomie, notamment les sujets dont les déficiences risquent de rendre plus vulnérables à l'abus et à la négligence;

   - que l'on favorise les travaux de recherche sur les questions éthiques ou juridiques relatives aux troubles physiques, y compris l'évaluation de la capacité mentale, les droits des malades en phase terminale et les soins qui leur conviennent, ainsi que la répartition équitable des ressources et des services dans la société.

2. Les personnes âgées consultent les professionnels compétents lorsqu'elles font face à des problèmes de santé. Ces consultations devraient être favorisées le plus possible et devraient permettre aux personnes âgées d'obtenir les services dont elles ont besoin.

   Le Conseil recommande :

   - que les personnes âgées, les proches qui en prennent soin et les professionnels de la santé soient sensibilisés à l'importance de meilleures communications pour tout ce qui a trait à la santé et qu'on leur donne des conseils pratiques sur l'amélioration de ces communications afin que :

     o les personnes âgées décrivent leurs problèmes de santé de manière aussi complète que possible au professionnel consulté;

- o les personnes âgées donnent à leur médecin et à leur pharmacien une information complète sur les médicaments prescrits et non-prescrits qu'ils prennent;

- o les personnes âgées insistent pour que l'information et les réponses qu'on leur donne à propos de leur propre santé soient complètes et compréhensibles, faisant de préférence usage des moyens de communication verbale et écrite;

- o les professionnels de la santé prennent le temps qu'il faut pour écouter les aînés et pour leur donner l'information et les instructions nécessaires à leur bien-être et que le temps additionnel requis pour accommoder les besoins spéciaux des personnes âgées soit reconnu dans leur échelle de paiement;

- o les techniques de communication et les aides mnémotechniques qui ont été évalués favorablement au titre de l'amélioration qu'elles apportent au niveau de la communication entre aînés et professionnels de la santé soient promus.

- que des cliniques communautaires de santé soient rendues accessibles partout au pays et, au besoin, que des solutions novatrices pour fournir ce service soient explorées, notamment les consultations itinérantes et les consultations sans rendez-vous, afin que :

  - o une approche préventive puisse être utilisée et serve à informer les aînés sur les habitudes de vie saine fondamentales (p.ex., la nutrition, les contacts sociaux améliorés, l'exercice);

  - o des services de dépistage puissent être fournis de manière que les problèmes liés à la perte sensorielle, à la pression sanguine, aux articulations, etc. soient détectés le plus tôt possible et traités par les professionnels;

  - o les services de santé puissent être coordonnés et encouragent les personnes âgées à participer de façon active et personnelle à toute activité touchant à leur santé;

- que des lignes directrices nationales soient établies touchant les services multidisciplinaires aux personnes âgées afin que :

- o la formation appropriée soit fournie aux professionnels de la santé, y compris les médecins, les infirmières, les spécialistes en réhabilitation (ergothérapeutes et physiothérapeutes) et les travailleurs sociaux, de sorte qu'ils travaillent efficacement en tant qu'équipe multidisciplinaire;

- o tous les services de santé d'ensemble offerts aux aînés, incluant les évaluations globales, les programmes de soins individualisés et les services de réhabilitation, soient fournis par des équipes multidisciplinaires fonctionnant dans des milieux spécialisés comme les unités d'évaluation gériatrique.

3. Les personnes âgées ont fait remarquer que l'accès aux services est souvent difficile pour diverses raisons, notamment la non-disponibilité de professionnels dans les petites localités et les régions rurales, l'insuffisance des moyens de transport et la mauvaise organisation des réseaux de prestation de services. Il en résulte souvent que les rendez-vous sont lents à venir, que les attentes sont longues dans les bureaux des professionnels et que les personnes âgées sont privées des services requis.

   Le Conseil recommande :

   - que l'on procède en temps et lieu à une planification et à une évaluation suivies des aspects relatifs à l'accessibilité et à la prestation des soins de santé et des services sociaux;

   - que l'on consulte souvent les utilisateurs âgés de services pour s'assurer qu'on répond adéquatement à leurs besoins;

   - que les conseils consultatifs et les conseils de planification de ces services comptent parmi leurs membres un nombre de personnes âgées proportionnel à leur représentation au sein de la population locale;

   - que l'on encourage la formation de projets-pilotes pour évaluer les méthodes nouvelles visant à assurer la prestation de services coordonnés, y compris les systèmes à point unique d'aiguillage et de gestion des cas.

4. L'incidence de nombreux obstacles à l'autonomie découlant de troubles de santé physique peut être réduite, circonscrite

ou minimisée par le recours à des appareils et à diverses ressources d'aide.

Le Conseil recommande :

- que l'accès à des dispositifs d'un prix raisonnable permettant par exemple, d'aider les personnes atteintes de troubles auditifs et visuels soit assuré aux personnes âgées et, si nécessaire, qu'une aide financière soit fournie afin qu'elles puissent obtenir ces appareils. Des services de suivi doivent également être fournis pour s'assurer que la personne âgée les utilise convenablement et en profite le plus possible;

- que l'on dresse des annuaires de ressources pour parfaire l'autonomie et où seraient décrites les mesures de sûreté et de sécurité, de sorte que les personnes âgées souffrant de déficience physique puissent vivre de la façon la plus autonome possible et se sentir en sécurité;

- que les personnes âgées souffrant d'incontinence et qui ne peuvent retrouver le contrôle de leur vessie puissent avoir accès à divers services dans des milieux appropriés, p.ex. les centres locaux de services communautaires, de façon qu'elles puissent rester aussi autonomes que possible. Cela devrait comprendre les services d'aide psychologique, de counseling et d'encouragement, et d'information sur les prothèses et le matériel comme des serviettes spéciales pour incontinents et des vêtements conçus en fonction du degré de dextérité manuelle de la personne âgée afin qu'elle apprenne à vivre efficacement avec son problème.

5. Certains types de déficience physique qui affligent certains êtres humains durant toute la vie ou qui se manifestent à la vieillesse peuvent provoquer chez les membres peu informés ou peu sensibilisés de la collectivité des réactions négatives qui se traduisent par une attitude discriminatoire ("agisme"), par un paternalisme malavisé ou encore peuvent inciter à éviter et à rejeter la personne âgée.

Le Conseil recommande :

- que le grand public et ceux qui travaillent de près ou de loin avec la personne âgée, soient éduqués et sensibilisés à l'égard des déficiences des personnes âgées, de sorte qu'ils reconnaissent les facultés de la personne âgée déficiente et qu'ils adoptent des

attitudes et des façons de faire qui favorisent le soutien nécessaire, tout en promouvant l'autonomie le plus possible;

- que l'on respecte le droit d'une personne âgée de vivre "à ses propres risques", si celle-ci a été reconnue mentalement compétente selon les normes professionnelles, pour protéger son autonomie;

6. Les personnes âgées qui souffrent de troubles sensoriels ou d'une autre maladie invalidante dépendent souvent de l'aide des membres de leur famille pour continuer à fonctionner efficacement dans leur vie de tous les jours. Leurs incapacités peuvent être une source de malentendus et de conflits et peuvent être perçues comme un fardeau considérable au fil du temps pour les membres de la famille.

Le Conseil recommande :

- que des services de counseling et un programme de formation sur la façon de vivre en autonomie soient fournis aux personnes âgées et à la famille pour les aider à se débrouiller de façon efficace dans leur vie de tous les jours.

- que l'on rappelle, au besoin, aux aidants de la famille comment la personne âgée pourrait bénéficier d'un programme de formation sur la façon de vivre en autonomie;

- qu'une aide concrète et directe soit offerte, au besoin, aux soignants tels les membres de la famille, les amis et les voisins afin d'alléger leur fardeau.

4.2. BIEN-ETRE MENTAL ET AFFECTIF :

4.2.1 INTRODUCTION

Le bien être mental ou affectif englobe davantage d'éléments que la simple absence de tensions psychologiques ou de troubles mentaux. Selon un énoncé de politique récent de Santé et Bien-être social Canada, la santé mentale est :

> La capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimaux des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale (SBSC, La santé mentale des Canadiens, 1987:7).

Les auteurs d'un ouvrage publié récemment et portant sur les soins de santé au Canada considèrent, en fait, que "la santé est d'abord et avant tout un état d'esprit" et que cet état d'esprit "est habituellement le facteur déterminant de la qualité de la vie" (Sutherland et Fulton, 1988). La santé est donc une condition essentielle à l'autonomie que veulent conserver les personnes âgées.

En effet, une majorité de personnes parmi les groupes interrogés par le CCNTA (52 p. 100 des personnes âgées répondant pour elles-mêmes, 75 p. 100 qui répondaient au nom de leur groupe et 96 p. 100 des professionnels et non-professionnels travaillant auprès des aînés) considèrent la santé mentale ou émotive comme un obstacle possible à l'autonomie.

Bon nombre des problèmes traditionnellement catalogués comme étant d'ordre mental ou émotif tels que la dépression, la perte de mémoire, l'anxiété et la peur, sont à tort vus comme des éléments inhérents au processus du vieillissement. En fait, la plupart de ces troubles peuvent être traités et sont parfois réversibles.

En fait, on estime que la plupart des problèmes de santé mentale, à l'exception toutefois de la démence, ne sont pas plus répandus parmi les personnes âgées que dans le reste de la population (SBSC, 1988).

4.2.2 NATURE ET ETENDUE DU PROBLEME

Les réponses reçues dans le cadre de la consultation ont fait état de plusieurs problèmes de santé mentale ou émotive : dépression, anxiété, stress, solitude, chagrin, perte de mémoire, confusion, peur d'une dépendance accrue. Toutefois, quatre de ces problèmes étaient jugés comme d'importants obstacles à l'autonomie par les personnes consultées : la solitude, l'anxiété ou la peur, la dépression et la démence.

1. Solitude

Parmi les difficultés émotives qu'éprouvent les personnes âgées à mesure qu'elles vieillissent, c'est la solitude causée par la perte de proches parents ou amis qu'elles craignent le plus.

Définie comme "l'expérience désagréable qui survient lorsque le réseau de relations sociales d'une personne est déficient qualitativement ou quantitativement" (Peplau et Perlman, 1982), la solitude est un élément omniprésent dans la vie de 10 à 30 p. 100 de personnes âgées (France, 1984).

La solitude est souvent circonstancielle, c'est-à-dire qu'elle est due à une situation ou à une expérience particulière, souvent le veuvage, qui provoque un changement radical dans la vie d'une personne âgée. Il ne semble pas que les personnes qui ont été isolées toute leur vie soient autant exposées au sentiment de solitude que celles qui se sont habituées à un certain degré de relations interpersonnelles et qui en sont plus tard privées.

L'extrême solitude qui fait suite au décès du conjoint peut avoir des conséquences très graves, voire fatales, pour certaines personnes âgées, les veufs en particulier. La détérioration de la santé mentale associée par exemple à la dépression, à l'alcoolisme et au suicide, chez les hommes surtout (Lépine, 1982; Miller, 1979; Bock et Webber, 1972), et la détérioration de l'état de santé général chez les femmes ont été liées à la perte récente du conjoint (Gallagher et al., 1983; Stroebe et Stroebe, 1983).

La solitude peut influer gravement sur l'autonomie des personnes âgées. Cependant, elle entraîne moins la perte de l'autonomie que l'amplification d'autres problèmes connexes. Ainsi, on a découvert que la solitude est fortement liée à des peurs, à des attentes et à des traits de personnalité qui nuisent à la formation d'un réseau d'appui personnel après la perte du conjoint (Hansson et al., 1986-1987).

On a également constaté que les personnes souffrant le plus de la solitude étaient davantage disposées à se plaindre des troubles psychosomatiques et de fatigue, qu'elles étaient aussi plus susceptibles de consommer des médicaments et d'aller plus souvent chez le médecin et, de façon générale, qu'elles se considéraient elles-mêmes en mauvaise santé (Berg, et al., 1981).

2. Anxiété, stress et peur

Caractérisée par des degrés élevés de tension et d'inquiétude parfois observés chez les personnes âgées, l'anxiété ou la peur généralisée peut avoir des effets néfastes sur leur capacité de fonctionner normalement en autonomie. Bien que ce problème de santé mentale soit surtout répandu parmi les personnes d'âge moyen (D'Arcy, 1987), chez les personnes âgées, il semble lié au sentiment qu'elles ont d'être de plus en plus impuissantes sur bon nombre d'aspects de leur vie (Pringle, 1986). Ce sentiment est le plus accentué chez les résidents de centres d'accueil ou d'établissements de soins de longue durée.

Les personnes sujettes à l'anxiété peuvent également souffrir de très graves crises d'anxiété qui peuvent réduire considérablement leur capacité de vivre en autonomie. Parmi les

symptômes de telles crises, signalons l'essoufflement, les sueurs froides et la peur panique de mourir (Huyck et Hoyer, 1982).

La peur est quelquefois une manifestation de l'anxiété, surtout si la gravité du danger est grandement exagérée. Un certain degré de peur ou d'inquiétude légitime est donc normal. La peur devient toutefois un problème lorsqu'elle paralyse la personne au point où elle ne la maîtrise plus et n'est plus en mesure de vaquer aux occupations de la vie quotidienne.

On constate souvent chez les personnes âgées la crainte de perdre la santé et, partant, de devoir dépendre d'autrui pour leur bien-être.

Comme la dépression, l'anxiété et la peur sont souvent des facteurs qui aggravent d'autres pathologies. Par exemple, on a découvert que le stress, qui est lié étroitement à l'anxiété, peut être une cause d'hypertension et jouer un rôle dans l'arthrite, les troubles gastro-intestinaux, le cancer et d'autres désordres du système immunitaire (Zarit, 1980).

3. Dépression

Malheureusement, on trouve souvent normal qu'une personne âgée devienne de plus en plus triste, apathique ou déprimée. En fait, certains considèrent la dépression, caractérisée par un manque d'estime de soi, une impression de vide, d'inutilité ou d'être dans un creux, comme le trouble mental le plus répandu chez les personnes âgées (Chaisson-Stewart, 1985). Il arrive souvent qu'elle masque tellement bien les autres problèmes (maladies physiques, confusion, lassitude) que la personne qui en souffre n'obtient pas l'aide dont elle a besoin (SBSC, La santé mentale des Canadiens, 1988; Hawranik et Kondratuk, 1986).

De plus, la dépression exacerbe fréquemment d'autres problèmes. Ainsi, la personne déprimée a tendance à négliger sa santé, à avoir des troubles de sommeil, à manger mal, à faire moins d'exercice, avoir généralement moins d'énergie. On a constaté que les personnes âgées qui souffrent de dépression font moins d'efforts pour faire face aux problèmes de la vie quotidienne et qu'elles n'arrivent pas à le faire aussi efficacement que les autres (Vézina et Bourque, 1984).

Bon nombre de parents inquiets font, au nom de personnes âgées déprimées, une demande d'admission dans un centre d'accueil, quand ce n'est pas les aînés eux-mêmes, parce que les personnes déprimées semblent incapables mentalement de prendre les mesures qui s'imposent pour améliorer leur situation et deviennent par conséquent de plus en plus dépendantes. Il arrive souvent que l'admission dans un centre d'accueil aggrave le problème puisque

le contact de la personne âgée avec le monde extérieur s'en trouve limité, ce qui accentue la dépression et accélère le déclin physique et mental de la personne (Chaisson-Stewart, 1985).

Il est très difficile d'en arriver à une approximation exacte de l'incidence de la dépression dans la population en général. On a estimé qu'elle se situait entre 20 et 50 p. 100. D'aucuns soutiennent que le taux de suicide est un bon indicateur de l'incidence de la dépression dans la population puisque ces deux éléments sont très souvent liés. En fait, les statistiques montrent que 90 p. 100 environ des suicides de personnes âgées au Canada, qui comptent pour à peu près 10 p. 100 du nombre total de suicides au pays, étaient liés à la dépression clinique (Sakinofsky, 1976; Santé et Bien-être Social Canada, 1987). Le CCNTA est parvenu aux mêmes conclusions dans son enquête.

4. Démence

Le terme "démence" s'entend de l'affaiblissement, à divers degrés, des facultés intellectuelles. Comme certaines formes de démence peuvent être guéries, notamment lorsqu'elles sont dues à des médicaments, à la privation sensorielle, à des désordres métaboliques ou endocriniens, à une carence nutritionnelle ou à des infections, il est très important de bien poser le diagnostic. Or, ce n'est malheureusement pas toujours le cas dans les établissements en particulier; en conséquence, on qualifie à tort d'incurables les troubles de confusion ou autres affections psychologiques dont souffrent certaines personnes âgées.

L'une des formes les plus graves de démence est sans aucun doute la maladie d'Alzheimer (MA), qui compte pour 60 p. 100 environ des cas de démence (Mayo Clinic, 1988). On estime que plus de 40 p. 100 des pensionnaires de centres d'accueil au Canada souffrent, à divers degrés, de cette maladie, mais on sait que 10 p. 100 environ des personnes âgées vivant dans la collectivité en sont également atteintes plus ou moins gravement (Brody et al., 1984). On sait aussi que de 2 à 5 p. 100 des personnes âgées de plus de 65 ans en souffrent et que cette proportion passe à 22 p. 100 chez les plus de 80 ans (Clayton, 1985; Brody et al, 1984). En raison de l'augmentation rapide qui est prévue chez ce groupe d'âge dans les prochaines décennies, la maladie d'Alzheimer deviendra probablement une priorité dans la prestation de services sociaux et médicaux.

Parmi les symptômes de la maladie d'Alzheimer, on compte les oublis grandissants à propos d'événements récents et des difficultés d'orientation spatiale de même que des troubles de langage, symptômes qui s'aggravent pendant au moins six mois et

qui empêchent les personnes atteintes de vaquer aux tâches de la vie quotidienne (Gauthier et Gauthier, 1987). Les personnes atteintes de cette maladie souffrent également d'une variété de troubles connexes, dont la dépression, des dérèglements extrêmes au niveau de l'appétit et du sommeil, le délire et un comportement agressif ou exigeant (Lucas et al., 1986). Leurs facultés intellectuelles s'affaiblissent jusqu'à ce qu'elles deviennent complètement dépendantes des autres pour tous les aspects de leur vie.

Si terrible que soit la maladie d'Alzheimer pour les personnes qui en souffrent, on estime parfois qu'elle entraîne encore plus de stress pour la personne qui s'occupe du malade. En fait, pendant les premiers stades de la maladie, la majorité des personnes âgées qui en sont atteintes vivent à la maison et sont soignées par leurs conjoints qui en sont responsables et qui doivent leur prodiguer des soins presque constamment en raison de la nature de la maladie (Wigdor et Foot, 1988; Ory et al., 1985). Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont besoin de tellement de soins qu'inévitablement la personne âgée qui les prodigue voit sa santé et sa qualité de vie se détériorer, au point où elle n'est plus en mesure de subvenir à ses propres besoins (Reidy et Francoeur, 1988). On a dit que les personnes qui prennent soin des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ont des journées de 48 heures (Mace et Rabins, 1981).

4.2.3 SOLUTIONS PROPOSEES

1. La solitude et le sentiment de vide qui peuvent être si paralysants pour plus d'une personne âgée sont souvent causés par la perte récente d'une personne chère.

   Le Conseil recommande :

   - que l'on évalue les besoins des conjoints de patients d'établissements de soins palliatifs, ou des personnes qui habitent avec eux, des personnes qui viennent de perdre leur conjoint et qu'on leur offre des services particuliers, dont des services de consultation générale et en matière de santé mentale aussi bien que des services d'information et d'aiguillage vers les établissements et les services communautaires appropriés;

   - qu'on encourage la formation de groupes d'appui et de groupes d'entraide constitués de personnes âgées dans toute la mesure nécessaire, car cette formule s'est révélée particulièrement efficace lorsqu'il faut aider une personne âgée à s'adapter à sa nouvelle situation après le départ de son conjoint;

- qu'on établisse des programmes de formation pour permettre aux personnes âgées dont le conjoint ou le compagnon de vie vient d'être placé dans un établissement ou est décédé récemment, d'apprendre à vivre de façon autonome, d'acquérir, par exemple, des notions culinaires de base et des principes de gestion financière, pour pouvoir s'acquitter plus efficacement des tâches de la vie courante.

2. Bien des aînés souffrent d'anxiété ou d'inquiétude généralisée, ce qui leur rend très difficile la tâche de faire face aux défis de la vie courante.

   Le Conseil recommande :

   - que les organismes de services communautaires dispensent des conseils et organisent des cours de culture physique et de détente, car la preuve est faite qu'ils constituent des modes d'intervention très efficaces pour ceux dont l'anxiété et les craintes ont atteint un point pathologique.

3. Les personnes âgées ne veulent pas être un fardeau pour leur famille, leurs amis ou leurs voisins. Elles craignent souvent ne pas pouvoir obtenir les services dont elles auront besoin si leur santé physique ou mentale se détériore dans l'avenir.

   Le Conseil recommande :

   - que des efforts de planification soient faits afin de fournir des projections exactes des besoins futurs des personnes âgées, par exemple, en matière de logement, de santé et d'aide communautaire. Cela devrait comprendre la collecte d'information statistique, des projets de recherche ponctuelle, l'évaluation et l'analyse, de même que des consultations publiques, intéressant au premier chef les personnes âgées. Il conviendrait que la population soit informée de ces efforts de planification pour que les personnes âgées d'aujourd'hui, et celles de demain, soient conscientes des problèmes et soient prêtes collectivement à relever les défis qui attendent la société canadienne.

4. Les personnes âgées expriment souvent le désir d'avoir le plus possible la maîtrise et la responsabilité de leur propre vie, maintenant comme dans l'avenir. Les effets désastreux qu'entraîne le sentiment d'impuissance qu'éprouvent ces personnes à l'égard de leur santé mentale confirment l'urgence de donner suite à ce souhait.

Le Conseil recommande :

- qu'on encourage les personnes âgées et celles qui le deviendront bientôt, à planifier leur avenir et qu'on mette à leur disposition des conseillers et des informations pertinentes qui leur permettront de mieux voir les possibilités offertes et de faire les bons choix;

- qu'on favorise une meilleure prise de conscience du rôle que les personnes âgées ont joué dans le passé, qu'elles jouent maintenant et qu'elles joueront demain dans la collectivité, mettraient l'accent sur les expériences acquises par les personnes âgées et sur leur capacité de contribuer, grâce à leur connaissances et à leurs talents, à leur propre bien-être et à celui des autres;

- qu'on informe les personnes âgées sur les possibilités qui leur sont offertes pour améliorer leur qualité de vie.

5. Compte tenu de la tendance à la désinstitutionnalisation, de plus en plus de personnes âgées ayant des problèmes d'ordre émotif ou mental seront traitées à l'aide de thérapies ou de médicaments appropriés pour leur permettre de continuer à vivre parmi les leurs, dans leur propre maison ou dans des logements protégés.

Le Conseil recommande :

- qu'un programme d'information soit mis sur pied afin de renseigner et de sensibiliser le public au sujet des problèmes de santé mentale qu'éprouvent très souvent les personnes âgées et pour inciter les gens à être tolérants face aux comportements différents. Il faudrait aussi s'efforcer de faire connaître les diverses solutions qui peuvent être envisagées, notamment les possibilités d'aménagements résidentiels, pour permettre aux personnes âgées qui ont des problèmes de santé mentale de demeurer le plus autonomes possible.

- qu'on respecte le droit de la personne âgée atteinte demaladie mentale ou de trouble émotif de choisir de vivre moyennant "certains risques". Cela vaut si la maladie est réputée pouvoir être contrôlée et que la personne ne semble pas pouvoir constituer un danger pour les autres.

6. A moins de découvertes fortuites, la maladie d'Alzheimer demeurera l'un des principaux problèmes de santé qu'éprouveront les aînés au Canada dans l'avenir.

   Le Conseil recommande :

   - qu'on ne néglige rien pour tenter d'établir quelle évolution connaîtra la maladie d'Alzheimer au Canada et quels services il faudra prévoir, notamment pour dégager et soutenir les prestateurs de soins;

   - qu'on encourage la recherche sur les aspects éthiques et juridiques de la maladie d'Alzheimer et les autres problèmes cognitifs, et qu'on examine notamment la question de l'évaluation de la capacité mentale, celle des droits du malade en phase terminale et des soins qui doivent lui être apportés ainsi que celle de l'équité dans la répartition des ressources dans la société. Cette recherche devrait conduire à l'établissement de lignes directrices nationales sur la façon de traiter avec ces problèmes;

   - que les prestateurs de soins puissent être conseillés et appuyés, individuellement ou par l'entremise des groupes d'entraide, concernant l'évolution de la maladie d'Alzheimer et les mesures qu'il faudra peut-être prendre au fur et à mesure que la maladie progressera. Ils devront aussi être mis au courant des problèmes juridiques que soulève l'incapacité mentale et des arrangements financiers qu'il faudra prévoir dans l'éventualité où la condition du malade se détériorerait;

   - que le malade atteint de la maladie d'Alzheimer qui ne peut plus être gardé à la maison ait accès à des soins adéquats et abordables, et adaptés à ses besoins.

7. Etant donné qu'il est presque impossible maintenant de diagnostiquer la maladie d'Alzheimer avant une autopsie, on utilise parfois trop libéralement cette étiquette pour décrire d'autres problèmes potentiellement curables ou qui engendrent en tout cas moins d'anxiété que la maladie d'Alzheimer.

   Le Conseil recommande :

   - que l'expression "maladie d'Alzheimer" ne soit utilisée pour décrire un problème de santé d'une personne âgée qu'après évaluation exhaustive et rigoureuse de son état.

4.3 TRANSPORT ET MOBILITE :

4.3.1 INTRODUCTION

Selon une récente publication du CCNTA "pour de nombreux Canadiens âgés, le transport et la mobilité sont des éléments clés de la vie en communauté" (MacDonald, 1989).

> Les transports sont synonymes d'accessibilité aux programmes de santé, de loisirs et de services sociaux. Ils permettent également aux personnes âgées de continuer de participer pleinement à la vie communautaire et d'améliorer leur propre qualité de vie (CCNTA, Expression, 1985:1-2).

Si elles ont de la difficulté à avoir accès à des services nécessaires, dont les épiceries, les boutiques, les banques, les églises, les centres sociaux et récréatifs, ou si elles craignent de sortir l'hiver de peur de s'embourber dans la neige ou de glisser faute de service de déblaiement adéquats, ou parce que les trottoirs sont inexistants ou mal entretenus, les personnes âgées ont de graves raisons de penser que leur autonomie peut être menacée.

En effet, il est ressorti de la consultation qu'a eue le CCNTA que les problèmes de mobilité et de transport constituaient une entrave à l'autonomie pour 50 p. 100 des personnes âgées qui ont répondu pour elles-mêmes, 72 p. 100 de celles qui ont répondu pour d'autres personnes âgées et 89 p. 100 des professionnels ou non-professionnels qui travaillent avec des aînés.

4.3.2 NATURE ET ETENDUE DU PROBLEME

Plusieurs problèmes précis reliés au transport ont été décrits dans les réponses données lors de la consultation menée par le CCNTA, dont le manque général de moyens de transport, les problèmes particuliers des personnes âgées handicapées ou vivant en milieu rural, les restrictions à la conduite automobile associées à l'âge, le coût élevé du transport, l'inadaptation des services de transport aux besoins des personnes âgées et la crainte de sortir engendrée par les divers dangers. Toutefois, quatre de ces problèmes semblent faire plus particulièrement obstacle à l'autonomie des répondants. Le manque général de moyens de transport, les conditions dangereuses qui engendrent la crainte de sortir, les problèmes particuliers des personnes âgées handicapées et ceux des personnes vivant en milieu rural.

1. Manque général de moyens de transport

Dans l'élaboration de politiques et la planification de mesures dans le but d'offrir des services de transport public adéquats et

de réglementer l'usage des transports privés, il ne faut pas oublier les multiples obstacles qui peuvent engendrer un usage limité par les personnes âgées.

a) Transport privé

L'automobile est encore le mode privilégié de transport pour la plupart des personnes âgées. Selon une étude menée au Canada en 1982, 48 p. 100 de celles-ci ont déclaré qu'elles conduisaient elles-mêmes leur voiture pour faire des courses, se rendre chez le médecin ou à d'autres rendez-vous et assister à des manifestations sociales, comparativement à 32 p. 100 qui utilisaient les transports publics et 16 p. 100 qui se faisaient conduire (CCNTA, 1986).

Pour ceux et celles qui conduisent encore, le fait d'avoir un permis les rend beaucoup plus autonomes, tout en leur donnant un sentiment de liberté et de contrôle qui, paraît-il, a un effet très positif sur leur bien-être subjectif et réel (MacDonald, 1989). La perte du permis peut correspondre dans certains cas à l'isolement total puisque la personne âgée peut se voir alors forcée de changer du tout au tout son mode de vie (Weiner, 1973).

Toutefois, l'augmentation des accidents pour les plus de 60 ans inquiète beaucoup de monde (MacDonald, 1989). Certains remettent en question le droit des personnes âgées de conduire au-delà d'un certain âge si les capacités fonctionnelles requises ne sont pas testées de nouveau. Le droit de conduire devrait être fondé sur la capacité, non sur l'âge.

Les statistiques relatives aux accidents qui sont basée sur le kilométrage annuel indiquent que passé l'âge de 60 ans, les risques d'avoir un accident et de souffrir par la suite de blessures graves ou mortelles augmentent (Ibid.)

Un cours de recyclage, "55 ALIVE", a été mis sur pied par le Conseil canadien de la sécurité pour aider les personnes âgées à améliorer leur conduite. Etant donné que la plupart de ceux qui ont appris à conduire avant 1950 n'ont pas reçu de formation en règle, ce cours devrait contribuer à réduire les accidents et à permettre à un plus grand nombre de personnes âgées de conserver plus longtemps leur permis de conduire.

Les frais qu'occasionne l'utilisation d'un véhicule à moteur, surtout les primes d'assurance-automobile, préoccupent énormément un grand nombre de conducteurs âgés

et pourraient sûrement forcer beaucoup d'entre eux à renoncer à leur permis plus tôt qu'ils ne le voudraient. Selon une étude menée par l'Alberta Council on Aging en 1980, l'assurance-automobile arrivait en tête des préoccupations des personnes âgées vivant en milieu rural et elle était un facteur dissuasif pour 55 p. 100 des aînés interrogés tant en milieu rural qu'en ville.

b) Transport public

Certaines personnes âgées pourraient utiliser les transports publics réguliers si certaines adaptations mineures y étaient faites, mais leurs besoins sont souvent pris à la légère (Chappell et al, 1986). Ces adaptations amélioreraient en fait la qualité de vie de tous ceux qui empruntent les transports en commun, quel que soit leur âge. Une étude effectuée en 1988 par Transports Canada a révélé que les personnes qui ont dit éprouver de la difficulté à utiliser les transports publics, ont insisté sur le fait qu'il était pénible de monter dans un véhicule ou d'en sortir (73 p. 100) et de se rendre jusqu'à l'arrêt d'autobus (51 p. 100) (Geehan et al., 1988).

2. Mauvaises conditions environnementales

Au sujet des piétons du troisième âge, C. Matthews a fait observer ce qui suit :

> ... nul ne peut nier qu'il faut parfois de l'énergie et un peu de courage pour sortir quand tout est glacé. Les personnes âgées, qui s'aventurent dehors sans être correctement chaussées peuvent faire une chute, et ce risque est accru si leur vue s'est affaiblie, si leur démarche est chancelante, si elles sont perclues d'arthrite ou si elles sont facilement éblouies par le soleil. Les plaques de glace viennent bien sûr aggraver les choses. Une chute signifie souvent de longues périodes d'immobilité et cette perspective peut être assez effrayante (Matthews, 1988:25).

Même si la question de l'enlèvement efficace et rapide de la neige et de la glace semble critique à plusieurs, les responsables des travaux publics municipaux allèguent souvent qu'il serait exorbitant de faire plus qu'à l'heure actuelle (Paszek, 1988). Certains groupes communautaires ont fait des pressions pour obtenir de meilleurs services d'enlèvement de la glace et de la neige, tout particulièrement dans les quartiers où vivent de nombreuses personnes âgées (MacDonald, 1989).

L'hiver, le temps supplémentaire requis pour traverser une intersection encombrée de neige fondante et de bancs de neige

constitue une autre préoccupation importante pour les piétons âgés. Le période de temps prévue pour traverser l'intersection est parfois insuffisante pour les personnes âgées dans ces conditions hivernales (Matthews, 1988).

Un grande nombre de conducteurs âgés réagissent aux mauvaises conditions hivernales des routes tout simplement en remisant leur automobile. En fait, les conditions hivernales ne semblent pas susciter l'augmentation du nombre d'accidents d'automobile que l'on pourrait imaginer. Plus de la moitié des accidents qui ont fait l'objet d'une étude dans une municipalité canadienne se sont produits sur chaussée sèche et uniquement 18 p. 100 des accidents ont eu lieu sur chaussée glacée ou recouverte de neige (Ville de Québec, 1986).

Le taux d'utilisation du transport en commun, particulièrement chez les personnes âgées, n'étant pas aussi élevé qu'il pourrait l'être pendant l'hiver, nous indique que nous pourrions faire d'avantage pour améliorer leur accessibilité (Hubbell, 1988).

La vitesse réduite des véhicules et la perturbation des horaires sont malheureusement chose commune dans des conditions météorologiques extrêmes. Tout cela, ajouté au fait que les personnes qui choisissent d'utiliser le transport en commun se retrouvent très souvent à un arrêt d'autobus encombré de neige, décourage de toute évidence les utilisateurs plus âgés (Matthews, 1988).

3. Problèmes spéciaux des aînés handicapés

Plusieurs grandes villes offrent des services spéciaux de transport public (Paratransit, etc.) aux personnes qui souffrent d'incapacité physique grave. Cependant, seulement 59 p. 100 des personnes "officiellement handicapées" au Canada et qui sont en mesure de quitter leur résidence ont accès au transport public (Ibid.) Ceci représente un problème pour un grand nombre de personnes âgées, car 38,6 p. 100 des personnes atteintes d'une incapacité physique ont plus de 65 ans.

Les critères d'admissibilité à certains de ces services publics de transport spéciaux sont trop restrictifs lorsqu'ils excluent des personnes souffrant d'incapacité mentale et limitent leurs services uniquement au transport pour les consultations médicales. Il est tout aussi important pour les personnes âgées souffrant de grave handicap d'avoir accès à ces services pour faire leurs courses, pour leur vie sociale ou des activités récréatives.

4. Problèmes spéciaux des aînés en milieu rural

Les importantes disparités régionales et urbaines-rurales qui existent face à la disponibilité des services de transport public au Canada constituent une préoccupation pour les personnes de toutes les catégories d'âge.

> En milieu rural, dans les régions éloignées et dans les villages, la disponibilité des services de transport est un facteur clé. Cette question, ou plus particulièrement le manque de disponibilité des services, est d'importance primordiale pour la Saskatchewan, les Maritimes et Terre Neuve, où près de la moitié des personnes âgées vivent à l'extérieur des villes où les services de transport sont disponibles (CCNTA, 1985:3).

La satisfaction de vivre, par exemple chez les personnes âgées résidant en milieu rural au Saskatchewan, est étroitement reliée à l'accès à une automobile ou à d'autres moyens de transport. De 20 à 25 p. 100 des personnes âgées résidant en milieu rural, interrogées aux fins de cette étude, ont indiqué qu'elles ont de la difficulté à obtenir, au moins une fois par semaine, un moyen de transport pour leurs activités sociales, le magasinage ou les autres activités personnelles dans leur propre communauté. Quelque 32 p. 100 des répondants ont indiqué qu'au moins une fois par mois ils éprouvent des difficultés à se rendre dans une grande ville afin de visiter un médecin ou prendre l'autobus (Grant et Rice, 1983).

4.3.3 SOLUTIONS PROPOSEES

1. La mobilité personnelle ou la possibilité d'utiliser les services de transport est perçue par plusieurs personnes âgées comme étant essentielle à leur autonomie et à leur qualité de vie. Pour répondre aux besoins en transport des personnes âgées, tant les besoins immédiats que ceux à venir, il faut utiliser pleinement les ressources en matière de transport et coordonner les efforts des diverses agences de transport.

   Le Conseil recommande :

   - que l'on collige de l'information sur les modèles de transport ayant réussi à fournir de bons services aux personnes âgées des petites collectivités urbaines ou rurales, et que cette information soit diffusée et partagée par les provinces;

   - que l'on fournisse l'aide nécessaire aux personnes âgées pour qu'elles puissent utiliser pleinement les nouvelles

technologies qui fourniront facilement l'information au sujet de l'horaire et du circuit des véhicules de transport, réduisant ainsi au minimum le temps d'attente et l'exposition aux températures extrêmes;

- que l'on adapte les systèmes de transport et l'équipement actuels afin d'en assurer la pleine utilisation par les personnes âgées.

2. Les mauvaises conditions météorologiques tout au long de l'année, plus particulièrement la glace et la neige en hiver, peuvent gravement limiter la mobilité des personnes âgées et mettre en danger leur sécurité.

Le Conseil recommande :

- que des efforts soient faits pour améliorer les conditions pour les piétons et conducteurs âgés en procédant de façon rapide et efficace à l'épandage de sable ou de sel et à l'enlèvement de la neige et de la glace tant sur les rues que les trottoirs, et qu'une attention particulière soit accordée aux arrêts d'autobus, aux bouches de métro et aux intersections;

- que l'on tienne compte de l'importance d'adapter le temps de traverse des feux de signalisation, étant donné les difficultés que les personnes âgées peuvent éprouver à traverser une intersection, particulièrement lors de conditions météorologiques difficiles;

- que l'on adopte des solutions d'urbanisme tel le "trottoir aérien" (pensons à Calgary) ou le "tunnel" (pensons à Toronto et à Montréal), ou tout autre concept semblable afin de fournir des aires protégées de déplacement et de magasinage à la fois agréables et stimulantes pour tous les résidents, y compris les personnes âgées;

- que l'on apporte les changements nécessaires afin de faciliter l'utilisation du transport en commun par les personnes âgées l'hiver et tout au long de l'année, notamment : des arrêts d'autobus intégrés à l'entrée chauffée d'un édifice ou tout au moins à l'abri du vent; des arrêts d'autobus et des bouches de métro libres de neige et de glace et habituellement bien entretenues tout au long de l'année; des portes d'accès au métro qui s'ouvrent facilement et des portes de wagon de métro qui se ferment plus lentement; et des marchepieds rétractables dans les autobus pour un accès plus facile.

- que la formation donnée aux conducteurs d'autobus et aux opérateurs en transport fasse suffisamment référence aux besoins et aux capacités des aînés.

3. Les problèmes de transport des personnes âgées qui habitent dans de petites régions urbaines ou en milieu rural sont particulièrement aigus.

   Le Conseil recommande :

   - que l'on réunisse de la documentation sur les divers réseaux qui ont réussi à fournir des services de transport aux personnes âgées dans les petites localités urbaines ou en milieu rural, y compris les possibilités offertes par l'utilisation des autobus scolaires en dehors des heures de pointe et des taxis pour personnes âgées, de même que par le covoiturage organisé par les bénévoles, les coopératives et les sociétés sans but lucratif;

   - que l'on prépare des livrets décrivant les modèles réussis en transport, livrets qui seraient largement diffusés auprès des administrations municipales et des associations de personnes âgées afin de les sensibiliser aux besoins
     dans ce domaine et de leur soumettre une gamme de solutions concrètes et éprouvées.

4. Les personnes âgées handicapées ont des problèmes spéciaux de transport sur lesquels on doit se pencher.

   Le Conseil recommande :

   - que l'on continue à faire la promotion et la publicité de programmes visant à favoriser la modification de véhicules afin de faciliter leur accès par des personnes âgées handicapées;

   - que l'on prépare des plans pour des services de transport, de l'équipement et des terminus, et que leur

     conception soit améliorée afin de faciliter les déplacements des personnes âgées handicapées;

   - que des systèmes de transport spéciaux ou adaptés (service porte à porte) soient mis à la disposition des personnes âgées qui ne peuvent utiliser les services de transport en commun, et cela aux fins d'activités sociales et récréatives et autres besoins de la vie quotidienne. L'usage de tels services ne devrait pas

être assorti seulement aux besoins de santé, p.ex. les visites médicales, ou aux activités touchant le soutien communautaire.

4.4 SERVICES DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRES :

4.4.1 INTRODUCTION

Les personnes âgées préfèrent demeurer dans leur propre maison et dans leur communauté aussi longtemps que possible afin de "vieillir chez elles". Bien que pour certaines d'entre elles, le vieillissement crée des problèmes qui nuisent à la réalisation de ce désir, on peut trouver une solution au moins partielle dans les mécanismes d'entraide du réseau informel de chacun ou du réseau plus structuré des services de soutien communautaire. En effet, les principales sources de soutien des personnes âgées partout au Canada sont habituellement la famille et les proches, mais divers organismes de soutien communautaire viennent s'y ajouter.

Idéalement, ces organismes offrent toute une gamme de services à domicile et au sein de la collectivité de façon à améliorer la santé des personnes âgées et leur degré d'autonomie; leur permettre de participer à la vie communautaire aussi longtemps que possible; leur éviter des séjours prématurés ou prolongés dans des établissements de soins (y compris les hôpitaux de soins de courte durée); réduire les tensions excessives imposées aux membres de la famille et aux autres fournisseurs de soins; et, dans la mesure nécessaire, recruter des bénévoles qui puissent dispenser ces services de soutien. (SBSC,1982 Gregan et al., 1988). Les organismes communautaires offrent notamment des services d'accès, de soutien personnel et social, de promotion de la santé et d'amélioration du mode de vie, des services de transport, de relève ainsi que de soutien professionnel (Ibid.)

Le niveau de l'aide communautaire varie beaucoup selon la province, la région, le milieu (urbain ou rural) et même selon le quartier au sein d'une même ville. Plusieurs problèmes liés à ces services peuvent faire obstacle à l'autonomie des personnes âgées. Parmi ces problèmes, on trouve le manque de services ou la difficulté d'y avoir accès.

4.4.2 NATURE ET ETENDUE DU PROBLEME

Les réponses fournies au CCNTA font état de plusieurs problèmes. Cela inclut notamment : une insatisfaction générale quant à la qualité des services offerts, les faiblesses au niveau de l'organisation, divers problèmes relatifs aux personnes qui fournissent les services, la faible quantité de ces services, leur coût élevé et le problème de l'accessibilité des services

pour les minorités ethniques. Trois des problèmes toutefois se distinguent par leur importance auprès des personnes âgées : la quantité des services offerts, la question d'accès et de coordination, ainsi que les problèmes associés au personnel.

1. Quantité insuffisante des services

> D'après une récente publication du Conseil, bien que la disponibilité et le coût des services de soutien communautaire varient beaucoup selon les endroits, chaque province ou territoire est doté d'au moins un type de service de soins à domicile ou de soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et dispose d'un nombre raisonnable de centres de jour ou de programmes de groupes pour les aînés.
>
> Ainsi, les provinces de l'Ouest offrent généralement un réseau de services plus complet que les autres, le Manitoba et la Saskatchewan étant les chefs de file. Il existe également des différences considérables à l'intérieur des régions. Par exemple, les services pour les personnes âgées sont plus développés à l'Ile-du-Prince-Edouard que dans les autres provinces de l'Atlantique. Au Québec et en Ontario, les services de soutien communautaires sont plus complets dans certaines régions que dans d'autres. Aussi, il y a plus de services organisés dans les régions urbaines que dans les régions rurales et ce, assez uniformément à travers le Canada (CCNTA, 1986).

Les rapports provenant de toutes les provinces canadiennes soulignent le manque de services de soutien communautaire dans leurs systèmes.

Par exemple, le récent rapport Mirosh démontrait le manque de programmes communautaires visant à permettre aux personnes âgées de rester dans leur domicile. Il précisait que dans la ville de Calgary, le programme de soins à domicile ne répondait aux besoins que de 2 500 des 4 000 intéressés (Mirosh, 1988).

Par ailleurs, en Ontario, on a recommandé que certains soins actuellement donnés dans les hôpitaux et les centres d'accueil soient transférés à des organismes communautaires.

> Un système de prestation de soins qui continue de dépendre fortement de formats institutionnels de prestation de services engendrera des soins plus onéreux qui souvent manquent de répondre aux besoins et préférences des particuliers. Certaines possibilités de prévenir la maladie et de réduire le besoin de services onéreux continueront d'être manquées. En outre, à moins que l'importance

> accordée aux soins de santé soit transposée au niveau des services communautaires, il est douteux que le système de soins aura la souplesse et la capacité de répondre aux futurs besoins des personnes âgées à la santé précaire, des handicapés physiques et congénitaux et des malades chroniques (Le Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario, 1987).

Une étude de Price Waterhouse/Medicus, commanditée par le gouvernement de l'Ontario, a révélé que plus de 50 p. 100 des Ontariens résidant dans des foyers d'accueil et dans des foyers pour personnes âgées pourraient en fait vivre en autonomie si des services de soutien adéquats leur étaient offerts (Price Waterhouse/Medicus, 1988).

Un mémoire présenté au premier ministre du Nouveau-Brunswick demande également un accroissement des services de soutien communautaire. Le mémoire citait une étude portant sur 300 patients attendant leur admission à l'unité de soins prolongés de l'Hôpital D^{r} Everett Chambers de Fredericton. Avec un soutien à domicile adéquat, 63 p. 100 d'entre eux ont pu retourner à la maison.

> Ce taux élevé de retour à la communauté est révélateur du choix des personnes âgées elles-mêmes, ainsi que de la gamme de services communautaires qui rendent possible un retour à la maison. Seulement 11 p. 100 des patients ont été placés en foyer d'accueil. Il semble évident que ces personnes pourraient recevoir des soins à domicile à un coût beaucoup moindre si le nombre des programmes communautaires le permettait (New Brunswick Gerontology Association, 1987:4-5).

2. Accès et coordination inadéquats

Les services de soutien communautaire doivent être bien organisés, c'est-à-dire facilement accessibles et bien coordonnés.

> L'accessibilité signifie qu'une personne peut obtenir facilement un service, que ce soit sur demande ou sur recommandation. Cela veut dire que ces services devraient être le plus possible à la portée de la main ou qu'ils devraient ou pourraient être offerts à domicile. On suppose donc qu'il existe des mécanismes de subvention qui permettent de surmonter les difficultés financières lorsque le coût est un problème et qu'il est possible de modifier l'architecture pour éliminer les obstacles à l'accès d'un service (CCNTA, Vers une politique de soutien communautaire pour les Canadiens, 1986:13).

Le Canada doit de plus en plus s'intéresser au problème de l'accès aux services de la communauté et des institutions pour les personnes âgées des divers groupes ethniques qui composent la société multiculturelle d'aujourd'hui. L'accès des membres de ces groupes aux services, en particulier les nouveaux immigrants au Canada, sous-entend l'apport d'une aide spéciale pour l'obtention des services et une attention délicate à l'endroit des comportements différents ou des restrictions alimentaires fondés sur les croyances religieuses ou tout simplement sur des préférences bien ancrées au regard de la nourriture.

Le deuxième aspect de l'organisation des services qui a été mentionné comme obstacle à la vie autonome des personnes âgées est celui de la coordination. Une bonne coordination signifie que la structure des services communautaires et de leur personnel permet des relations fonctionnelles efficaces avec tous les autres intervenants du réseau formel et informel de services.

Les personnes âgées et les associations qui les représentent ont discuté du problème de coordination en termes de bris de service, surtout durant les weekends ou les vacances, à la suite d'une hospitalisation ou quand une grande variété de services sont requis. Les intervenants auprès des personnes âgées ont mentionné le manque d'intégration des services ou le manque d'ampleur dans la définition des services.

3. Problèmes associés aux dispensateurs de services

Les problèmes associés aux dispensateurs de services qui ont été perçus comme des obstacles à l'autonomie comprennent notamment le manque de fiabilité, le roulement rapide ou les mouvements de personnel et le manque de formation.

Des inquiétudes ont été soulevées dans plusieurs domaines, y compris la formation inadéquate des dispensateurs de services et la tendance de certains à exercer un professionalisme outré (Matthews et Stryckman, 1988; de Ravinel, 1984; Schwenger, 1982), le manque flagrant de personnel dans certaines agences, et l'absence des qualités d'un soignant chez certains dispensateurs (Dubé et Bélisle, 1988).

Les changements fréquents de personnel, qu'ils soient causés par le roulement ou par des problèmes d'organisation, déroutent beaucoup de personnes âgées et les empêchent d'établir un lien avec la personne qui leur prodigue, dans certains cas, des soins très personnels. Le fait que le service soit fourni par une personne différente à chaque fois peut susciter un sentiment d'insécurité chez certaines personnes âgées.

4.4.3 SOLUTIONS PROPOSEES

1. Selon certaines études, des personnes âgées qui vivent actuellement en établissement pourraient reprendre leur place au sein de la collectivité si les services de soutien nécessaires y étaient disponibles.

   Le Conseil recommande :

   - que des efforts de réhabilitation devraient être faits pour favoriser la réinsertion sociale des personnes âgées, même si elles vivent déjà en établissement, lorsqu'une évaluation établit que ces efforts seraient avantageux. On pourrait offrir à ces personnes de demeurer dans des logements protégés ou tout autre type de logement qui leur permettrait de faire une utilisation maximale de leurs capacités et où elles seraient aussi autonomes que possible;

   - qu'au moins un hôpital par région soit doté d'une unité spéciale d'évaluation et de réhabilitation gériatrique avec un nombre de lits proportionnel au nombre de personnes âgées qui y résident de façon que celles-ci aient un accès rapide à des services appropriés à leur état mental ou physique;

   - que des évaluations par une équipe multidisciplinaire, suivies d'un programme de soins individualisés et de réévaluations périodiques soient la norme dans tous les établissements afin que chaque personne âgée reçoive une orientation et des services appropriés, notamment une consultation au service d'évaluation et de réhabilitation gériatrique et qu'elle puisse retourner au sein de la collectivité si c'est possible;

   - que des lits temporaires ou pour des situations d'urgence soient offerts dans chaque communauté afin d'offrir des séjours à des convalescents âgés, afin d'offrir des services de répit aux personnes qui en prennent soin ou afin d'éviter que l'on doive prendre précipitamment la décision d'institutionnaliser une personne âgée en période de crise. Ces services doivent être offerts tant dans les cas de maladie physique que dans les cas de troubles psychologiques ou psychiatriques;

   - que des services de répit offerts par des individus compétents et sous caution soient aussi rendus au domicile même des intéressés, cela 24 heures par jour si nécessaire.

2. Il importe d'offrir plus de services de soutien communautaire mieux coordonnés afin d'aider les personnes âgées à conserver leur autonomie et à demeurer au sein de la collectivité aussi longtemps que possible avec une bonne qualité de vie.

   Le Conseil recommande :

   - qu'une gamme de services formels et informels de soutien communautaire soit offerte dans chaque région du pays, afin de constituer un programme de soins adapté à l'évolution des besoins de chaque personne âgée;

   - qu'on effectue des analyses de coût-efficience sur les services de soutien communautaire, y compris les divers moyens de subventionnement et les systèmes de livraison;

   - que les services de soutien communautaire soient disponibles au moment où ils sont requis, y compris les fins de semaines et les jours fériés;

   - que les services de soutien communautaire se penchent davantage sur la prévention que sur l'intervention en cas de crise, notamment par des programmes individuels et autodéterminés d'activités axées sur la promotion de la santé et de saines habitudes de vie;

   - que des centres et des numéros pour appels d'urgence soient mis à la disposition des personnes âgées et de ceux qui s'en occupent afin de les aider dans les situations d'urgence ou de crise;

   - que l'on fasse davantage de recherches et de planification en vue d'améliorer la coordination des services, particulièrement pour que la constitution d'un système à point unique d'aiguillage aie un suivi, afin que les services communautaires soient les premiers offerts aux personnes âgées, s'il y a lieu;

   - que l'on évalue périodiquement les services communautaires offerts aux personnes âgées afin d'assurer un haut niveau de qualité, une bonne rentabilité et le respect de l'objectif, soit l'autonomie des personnes âgées.

3. Une importante controverse porte sur la nécessité d'une recommandation du médecin pour l'accès à ces services ou à certains d'entre eux. Dans les cinq provinces où c'est le

cas, il s'est produit une "médicalisation" inutile des besoins des personnes âgées et une réduction des mises sur pied ou du financement des services non médicaux de soutien à domicile.

Le Conseil recommande :

- que la demande initiale de service de soutien à domicile puisse autant être formulée par la personne âgée elle-même, les membres de sa famille, ses amis ou voisins que part les dispensateurs de services;

- que les besoins de services de soutien à domicile soient évalués par une équipe multidisciplinaire comprenant au moins une infirmière, un travailleur social, d'autres professionnels appropriés et le médecin de famille, s'il y a lieu;

4. Pour être de bonne qualité, les services communautaires doivent être assurés par du personnel compétent et bien formé, qu'il soit professionnel ou non, rémunéré ou bénévole.

Le Conseil recommande :

- que l'on analyse les besoins futurs de main d'oeuvre en ce qui a trait aux dispensateurs de services communautaires;

- que l'on encourage et aide les établissements d'enseignement à offrir une formation adéquate et un programme de cours pertinents en gérontologie et en gériatrie pour tous les professionnels et paraprofessionnels de ces disciplines, afin de répondre à l'évolution des soins à long terme;

- que des cours ou des stages de formation en milieu de travail soient offerts aux non-professionnels afin d'assurer des services de qualité aux personnes âgées;

- que l'on rembourse les bénévoles des menues dépenses occasionnées par leur travail communautaire;

- que les professionnels et non-professionnels, rémunérés ou bénévoles, qui offrent des services de soutien communautaire aux minorités ethniques reçoivent une formation adéquate pour bien comprendre la culture et la langue de leur clientèle et y répondre de manière judicieuse.

5. Les principaux soutiens des personnes âgées vivant au sein de la communauté sont la famille et les réseaux informels.

   Le Conseil recommande :

   - que l'on élabore des programmes et des politiques qui reconnaissent et encouragent les réseaux de soins informels, réseaux pouvant travailler en collaboration avec les réseaux formels; qu'on fournisse notamment aux aidants une assistance concrète et des services.

6. Au Canada, les personnes âgées des minorités ethniques ont parfois de la difficulté à avoir accès aux services de soutien communautaire car ceux-ci sont généralement offerts dans une langue qu'ils ne comprennent pas et d'une manière qui n'est pas adaptée à leur culture.

   Le Conseil recommande :

   - que l'on informe les personnes âgées des minorités ethniques des services de soutien qui peuvent être offerts à toutes les personnes âgées de leur collectivité;

   - qu'elles aient un accès égal à tous les principaux services de soutien, dans le respect de leur identité culturelle;

   - que l'on offre des services de soutien communautaire aux minorités ethniques en insistant particulièrement sur les activités d'entraide et de promotion de la santé, comme l'exercice et la nutrition, tout en tenant compte de leur héritage culturel et de leurs coutumes;

   - que l'on encourage les personnes âgées des minorités ethniques et leurs familles à avoir recours aux services de soutien et d'orientation fournis par des professionnels conscients de leurs différences culturelles, afin de les aider à surmonter les problèmes d'adaptation à la société canadienne, par exemple les attentes qui ne correspondent pas à la réalité canadienne, les stéréotypes et les restrictions au sujet des rôles sociaux et des activités permis aux personnes âgées, les relations tendues avec la famille, etc.

4.5 SECURITE ET SURETE :

4.5.1 INTRODUCTION

Qu'elles habitent seules ou qu'elles marchent simplement dans la rue, de nombreuses personnes âgées estiment être une proie facile. Ce sentiment général d'insécurité s'accentue si les contacts avec les amis et la famille sont moins fréquents car les personnes âgées se demandent peut-être ce qui leur arriverait si elles avaient besoin d'aide à la maison. La peur peut avoir un effet paralysant sur les personnes âgées, surtout si elles se sentent incapables de réagir efficacement. Cela peut porter gravement atteinte à leur capacité de demeurer autonomes.

Dans l'étude menée par le Conseil, 44 p. 100 des personnes âgées ayant répondu en leur propre nom, 67 p. 100 de celles ayant répondu au nom d'autres personnes âgées et 82 p. 100 des professionnels et des non-professionnels travaillant avec des personnes âgées ont déclaré que les problèmes de sécurité constituaient des obstacles à l'autonomie des personnes âgées.

4.5.2 NATURE ET ETENDUE DU PROBLEME

Plusieurs problèmes précis ont été exposés dans les réponses données au cours de cette étude dont l'anxiété et des craintes particulières, les problèmes des malades chroniques et l'ignorance des mesures et dispositifs de sécurité. Toutefois, deux problèmes considérés comme étant les plus importants se sont dégagés des réponses : l'anxiété et les craintes, ainsi que l'ignorance des mesures et dispositifs de sécurité.

1. Anxiété et craintes

Ce sujet a déjà été traité en partie sous la rubrique du bien-être émotionnel ou mental. Comme on le mentionnait alors, il est normal de s'attendre à ce qu'une personne soit préoccupée ou nourrisse des appréhensions dans des situations dangereuses ou précaires. Mais lorsque la crainte ou l'anxiété prennent des proportions telles qu'elles empêchent tout à fait la personne âgée d'agir rationnellement ou qu'elles briment leur capacité de le faire, elles deviennent pathologiques. La personne âgée éprouve alors de la difficulté à venir à bout du danger perçu.

Les craintes spécifiques mentionnées le plus souvent par les aînés sont la peur d'avoir un accident à la maison, de subir un assaut, d'être victimes de vol, de vandalisme ou d'incendie.

Il est vrai que plus de personnes se blessent à la maison qu'à l'extérieur. Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables sur ce plan parce que leur logement a parfois besoin

de réparations; en outre, leurs pertes sensorielles et la détérioration de leurs facultés cognitives (perte de mémoire, etc.) risquent d'entraîner des situations très dangereuses. Le taux d'accidents chez les personnes âgées et les jeunes enfants est, en fait, plusieurs fois supérieur au taux chez l'adulte moyen (Société canadienne d'hypothèque et de logement, 1973). Les chutes sont la cause la plus commune d'accidents sérieux pour les personnes âgées (Consumer Product and Safety Commission, 1986).

La crainte du crime, en particulier la peur d'être assailli ou volé, semble répandue chez les aînés. Le Sondage canadien sur la victimisation en milieu urbain a révélé que 92 p. 100 des personnes âgés (de plus de 60 ans) qui ont été interrogées ont déclaré se sentir en sécurité lorsqu'elles marchaient seules dans leur voisinage pendant le jour, mais seulement 46 p. 100 ont déclaré se sentir en sécurité le soir venu. Toutefois, les statistiques n'indiquent pas que les personnes âgées sont aussi victimisées qu'elles semblent le croire.

A l'instar de la plupart des autres Canadiens, les personnes âgées ont tendance à surestimer le nombre et la gravité des crimes commis au Canada, de même que la probabilité qu'elles en seront elles-mêmes victimes (Solliciteur général du Canada, 1984).

> De même, la crainte plus vive qu'expriment les personnes âgées ne peut pas s'expliquer par un risque plus élevé de victimisation. De fait, les répondants de moins de vingt ans avaient le taux le plus élevé d'infractions contre la personne, et ce, dans toutes les catégories. Au fur et à mesure que l'âge augmente, le taux de victimisation diminue rapidement (Ibid.:5).

Les incendies par ailleurs, sont une des grandes causes de morts accidentelles chez les aînés. Une agence américaine de sécurité dans le domaine des produits de consommation estime que 70 p. 100 des personnes qui décèdent parce que leurs vêtements prennent feu sont des personnes âgées. La cigarette fumée au lit est aussi une des grandes sources d'incendies dont sont victimes les personnes âgées (Consumer Product and Safety Commission, 1986).

Divers facteurs contribuent au problème. Plusieurs personnes âgées vivent dans de vieilles maisons qui n'offrent pas les mêmes éléments de sécurité que les immeubles plus modernes, p. ex. des sorties d'urgence additionnelles et facilement accessibles, des isolants à l'épreuve du feu, des détecteurs de fumée et des extincteurs. Les handicaps de la personne âgée rendent parfois difficile l'usage des dispositifs de sécurité existants.

2. Ignorance des mesures et des dispositifs de sécurité

Grâce à la technologie moderne, une myriade de nouveaux dispositifs ont été créés. Ils peuvent faire en sorte que les personnes âgées se sentent beaucoup plus en sécurité, même si elles sont atteintes de handicaps sérieux. Quoique les médias et les revues populaires fassent fréquemment état de tels dispositifs, certaines personnes âgées et des dispensateurs de services trouvent qu'ils manquent d'informations sur les mesures et dispositifs de sécurité ou qu'ils connaissent mal leurs différences. Par conséquent, ils ne les utilisent pas ou n'en parlent pas à leurs clients.

Une enquête récente faite auprès des groupes de personnes âgées au Canada dans le cadre d'une évaluation des systèmes d'intervention d'urgence (SIU) a montré que "peu avaient entendu parler des SIU ou pouvaient identifier même un seul des nombreux systèmes disponibles" (MacLaren Plansearch, 1988:8-2).

En plus du manque de sources d'information et de conseils fiables sur les mécanismes de sécurité disponibles et la façon de les employer (CCNTA, Expression, 1987), il est aussi fort probable que les attitudes et les pratiques établies (soit la tendance à se fier davantage à l'humain qu'aux machines) génèrent également de la résistance chez les fournisseurs de services, les aînés mêmes et leurs familles. Plusieurs gens préfèrent le statu quo, s'en tenir aux recettes éprouvées (L'Institut pour l'établissement de santé de l'avenir, 1988).

4.5.3 SOLUTIONS PROPOSEES

1. Il a été montré comment l'usage de divers systèmes de surveillance et d'intervention en cas de crise--systèmes d'une technologie plus ou moins sophistiquée--, a pour effet de diminuer les craintes et les sentiments de vulnérabilité qu'éprouvent plusieurs aînés vivant seuls ou dans des situations précaires.

   Le Conseil recommande :

   - que l'on encourage la recherche--notamment les consultations auprès des personnes âgées et des associations qui les représentent--touchant les divers systèmes de surveillance et de réponse en cas de crise qui sont disponibles au Canada et que l'on propose les améliorations appropriées si nécessaire. Cette recherche viserait le contrôle et l'évaluation de la capacité des systèmes à répondre aux besoins de sécurité de la population âgée;

- que l'on compile les descriptions de divers systèmes de surveillance devant répondre aux besoins des Canadiens âgés. Cela comprend entre autres :

  - o les systèmes de surveillance de faible technologie (p. ex., l'assurance téléphonique, la surveillance de quartier, l'alerte postale, le système de réconfort entre amis) qui ont réussi partout au pays à réduire le sentiment de vulnérabilité ressenti par les aînés et à les aider de façon utile;

  - o les systèmes électroniques sophistiqués de surveillance personnelle qui ont été approuvés par les agences de réglementation et dont l'efficacité doit être vérifiée;

  - o les systèmes centralisés de lignes d'appels en cas d'urgence ou de crise--les 911--qui existent dans plusieurs communautés au Canada;

- que cette information soit amplement diffusée aux aînés, aux associations de personnes âgées, aux groupes communautaires, aux urbanistes et aux autres intéressés de sorte qu'ils peuvent faire des choix éclairés et trouver des modèles de programmes à émuler.

2. Certaines personnes âgées ont très peur d'être victimes soit d'incendie, d'accidents domestiques, de vol ou d'assaut.

   Le Conseil recommande :

   - qu'une campagne d'information non-alarmiste et destinée aux personnes âgées soit mise sur pied. Il s'agirait d'informer ces dernières des crimes et des accidents dont elles sont le plus susceptibles d'être victime et de la façon de les éviter ou de faire face à cette réalité.

   - que l'on fournisse aux personnes âgées des conseils pratiques sur comment contribuer efficacement à leur propre protection et à celle de leur communauté en ce qui a trait au crime et aux accidents;

   - que des représentants des services de police et d'incendie soient formés afin qu'ils puissent conseiller les aînés individuellement et donner des conférences aux associations d'aînés à propos des dangers d'incendie, des accidents et du crime. Ils devraient pouvoir leur

donner des conseils pratiques sur la façon de se protéger et de participer à la protection de leur communauté;

- que l'on offre du counseling aux familles pour les aider à contrer l'anxiété qu'éprouvent les aînés face aux questions de sécurité.

4.6 LOGEMENT :

4.6.1 INTRODUCTION

Le logement représente beaucoup plus qu'un simple abri. Pour les personnes âgées, il peut constituer un facteur important dans la qualité de leur vie et leur capacité de demeurer autonomes. En fait, un logement ou un appartement bien conçu peut faire toute la différence entre le confort et l'inconfort, entre vivre dans un milieu permettant de jouir d'un maximum de liberté et d'utiliser ses aptitudes fonctionnelles, et être soumis à rude épreuve en faisant face à des contraintes et à des obstacles érigés par le milieu environnant (CCNTA, 1987).

Au cours de l'étude menée par le Conseil, 43 p. 100 des personnes âgées ayant répondu en leur propre nom, 69 p. 100 de celles ayant répondu pour d'autres personnes âgées et 82 p. 100 des professionnels et des non-professionnels ont déclaré que le logement faisait obstacle à l'autonomie des personnes âgées.

4.6.2 NATURE ET ETENDUE DU PROBLEME

Toutes sortes de problèmes liés au logement figuraient dans les réponses données lors de l'étude menée par le Conseil : coût élevé du logement et de l'entretien, manque de logements à prix modique ou de choix novateurs dans les aménagements résidentiels, logements non adaptés aux besoins des personnes âgées.

Trois de ces problèmes semblaient revêtir une importance particulière : des logements existants non adaptés aux besoins des personnes âgées, le coût élevé du logement et de l'entretien des habitations, et le manque de choix novateurs dans les aménagements résidentiels.

1. Logements existants non adaptés aux personnes âgées

Des logements construits depuis un certain temps ne conviennent peut-être pas à des personnes âgées et il est peut-être trop coûteux d'adapter ces logements pour tenir compte de leurs besoins spéciaux.

Les personnes âgées craignent d'être forcées de quitter leur maison si leur état de santé se détériore au delà d'un point donné.

> L'accessibilité physique des lieux permet à l'individu d'utiliser pleinement son espace d'une façon sécuritaire et de maintenir son indépendance. Il est étonnant de voir surgir des barrières architecturales suite à un affaiblissement des capacités physiques. Un logement dans lequel on a vécu des années devient graduellement non fonctionnel, à cause d'un escalier que l'on ne peut plus monter, un seuil de balcon infranchissable ou une toilette trop basse. Certaines de ces barrières peuvent être éliminées ou contournées sans l'apport de travaux majeurs, de rénovation ou restructuration (Maltais, 1988).

Il arrive souvent que des adaptations mineures mais bien planifiées de l'environnement résidentiel, puissent compenser le changement des capacités sensorielles, physiques et financières (CCNTA, 1986). Toutefois, en dépit de la recherche effectuée dans le domaine, même certaines constructions nouvelles pour personnes âgées n'intègrent pas les éléments de design capables de tenir compte de leurs besoins changeants (Hodge, 1987).

2. Coût élevé du logement et de l'entretien des habitations

En raison du coût de plus en plus élevé du logement dans certaines régions établies depuis longtemps, certaines personnes âgées peuvent se trouver dans l'impossibilité de continuer à habiter dans le voisinage auquel elles se sont habituées au fil des années. En outre, les impôts fonciers, les coûts d'entretien ou les besoins changeants peuvent contraindre les propriétaires à vendre leur maison. Très peu de solutions de rechange sont offertes aux personnes âgées dans plusieurs régions du pays.

Le coût des logements en co-propriété luxueux ou des logements réaménagés, qui occupent de plus en plus les parties centrales des cités et villes, se situe souvent au delà de la capacité de payer des personnes âgées; les logements situés dans les banlieues, et dont le coût est plus abordable, sont inappropriés pour la majorité des aînés parce qu'ils sont trop loin de plusieurs services (Metropolitan Toronto District Health Council, 1988).

Des logements subventionnés adéquats ne sont malheureusement pas disponibles partout pour les personnes âgées qui en ont besoin. Plusieurs d'entre elles se plaignent qu'il faut attendre très longtemps avant de pouvoir se procurer un logement approprié à

travers le pays et que les seuils d'exclusion des programmes de logement liés au revenu sont trop bas.

La grandeur des maisons plus vieilles peut aussi poser problème aux personnes âgées qui veulent demeurer autonomes; pensons au coût du chauffage, de l'entretien et des taxes. Malheureusement, les règlements municipaux empêchent quelquefois qu'on subdivise les grandes maisons en appartements, ce qui pourrait servir de solution à certains.

3. Absence d'options novatrices dans les aménagements résidentiels

Dans la plupart des régions du Canada, les solutions intermédiaires à prix abordable entre l'autonomie complète et la vie en établissement ne sont pas assez nombreuses.

Cela est dû en grande partie, au manque de coordination entre les services socio-sanitaires et les services de logement. A mesure que les aînés avancent en âge, il est possible que leur environnement doive les appuyer davantage. Des services de santé fournis au domicile même d'une personne âgée seule peuvent grandement aider celle-ci à demeurer autonome. D'autres, dont les besoins sont plus grands pourraient choisir d'emménager dans un immeuble à appartements avec d'autres personnes âgées ou partager avec d'autres aînés un appartement ou une pièce située dans une maison plus petite, pouvant alors compter sur une aide 24 heures par jour. Malheureusement, ceux qui fournissent du subventionnement pour le logement ne se sont pas donné de rôle au chapitre de la fourniture des services. Règle générale, aucun service d'aide à domicile n'est fourni aux personnes âgées qui vivent dans des immeubles subventionnés. Il faut normalement habiter en institution ou dans une maison de soins avant de pouvoir recevoir de tels services.

Plusieurs solutions sont couramment à l'essai à travers le pays, par exemple les logements protégés ou les logements en commun. les coopératives d'habitation et le partage de logement. Ces modes d'occupation fournissent à la fois les repas et la stimulation sociale nécessaire à tous et ils aident à compenser les handicaps mineurs, sinon majeurs, qu'une personne peut avoir. D'autres options comme les pavillons-à-grand-maman et les appartements annexes permettent la vie en autonomie mais à proximité de la famille. Ces modèles d'aménagement résidentiel novateur doivent être reproduits partout au pays afin que les aînés les considèrent comme des solutions de rechange possibles (Campbell, 1984). Le besoin de ces solutions originales aux problèmes de logement des personnes âgées est particulièrement grand dans les régions rurales.

4.6.3 SOLUTIONS PROPOSEES

1. Des logements appropriés, adaptés aux besoins des personnes âgées et d'un coût abordable sont un facteur clé de leur capacité à demeurer autonomes.

   Le Conseil recommande :

   - que les alternatives de logement adapté ou de logement qui favorise l'autonomie, présentement à l'essai dans différentes régions du pays, soient suivies afin de déterminer leur coût et la qualité de vie qu'elles peuvent offrir aux aînés. Il s'agit notamment de suivre les villages de retraite, les coopératives d'habitation, les logements partagés, les logements à prix modique conçus spécialement pour les aînés, les foyers communs ou les logements en commun, et les appartements annexes;

   - que l'on fasse la promotion des solutions de logement éprouvées qui favorisent l'autonomie des personnes âgées de façon satisfaisante et qui sont rentables, cela en conformité avec des lignes directrices nationales;

   - qu'une campagne nationale multi-média soit faite pour expliquer clairement aux aînés les aspects positifs et négatifs de ces différentes solutions, de sorte qu'ils peuvent exercer des choix éclairés en ce qui touche leur futur aménagement résidentiel;

   - qu'un programme soit mis sur pied afin d'aider les propriétaires à définir leur propre solution de rechange en logement, solution qui permettrait d'utiliser l'équité de leur logement actuel afin de les aider à acheter un autre logement plus adapté et qui ne leur ferait pas perdre leur équité;

   - que les planificateurs développent autant les formules d'aménagement qui favorisent l'intégration des âges que les autres formules qui limitent l'accès selon des critères d'âge, conformément aux multiples préférences de la clientèle âgée;

   - que les règlements municipaux faisant obstacle à la mise sur pied d'options novatrices soient examinés à fond et corrigés en conséquence.

2. Plusieurs personnes âgées préféreraient continuer à habiter là où elles ont toujours vécu.

Le Conseil recommande :

- que l'on étudie et que l'on mette en oeuvre une gamme d'options qui laisseraient aux personnes âgées toute la liberté possible de demeurer dans leur maison. Cela pourrait inclure notamment du counseling à propos des modifications de logement qui sont utiles en cas de capacité réduite, des subventions accrues pour la rénovation de maisons ou leur subdivision en appartements s'il y a lieu, de même que des arrangements financiers favorables, par exemple les plans de conversion de l'équité afin que les aînés puissent se servir de la valeur de leur maison pour augmenter leur revenu;

- que les aspects positifs et négatifs de telles options soient discutées clairement avec les personnes âgées afin qu'elles puissent faire des choix éclairés au sujet de leur futur aménagement résidentiel.

3. La résolution des besoins de logement des aînés d'aujourd'hui et de demain commande une forte coordination entre les ministères responsables des services de logement, les services de santé et les services sociaux.

Le Conseil recommande :

- qu'une perspective nationale d'ensemble soit adoptée afin de résoudre ce problème et que les responsables des ministères concernés s'attachent à travailler ensemble pour trouver des solutions appropriées.

4.7 COMMUNICATION ET INFORMATION

4.7.1 INTRODUCTION

Comme pour la plupart des autres vicissitudes de l'existence, il est plus facile de s'adapter au vieillissement si l'on est bien informé. Les personnes âgées, autant que les autres gens dans la société, veulent comprendre les questions qui les touchent, par exemple, les questions de sécurité, les produits de consommation, les affaires juridiques et la planification financière. Bien des personnes âgées désirent se tenir au fait de l'actualité et des tendances dans les domaines social et politique. Elles ont besoin de renseignements sur les rouages du gouvernement et sur la façon de joindre les personnes compétentes afin de leur demander les services dont elles ont besoin.

Certaines personnes âgées éprouvent des difficultés particulières lorsqu'elles tentent de transmettre leurs besoins à d'autres; par

exemple, elles font face à des barrières linguistiques, elles sont analphabètes, elles ont de la difficulté à s'adapter à cause de différences culturelles ou elles souffrent de handicaps physiques.

Parmi les personnes âgées qui ont été consultées lors de l'étude menée par le CCNTA, 43 p. 100 de celles ayant répondu en leur propre nom, 72 p. 100 de celles qui ont répondu pour d'autres et 82 p. 100 des professionnels et non-professionnels ont déclaré que la communication et l'information faisaient obstacle à l'autonomie des personnes âgées.

4.7.2 NATURE ET ETENDUE DU PROBLEME

Un éventail de problèmes très précis ont été exposés au regard des obstacles à l'autonomie engendrés par la communication et l'information. L'éventail incluait le manque de comprendre comment les organismes de service fonctionnent, comment obtenir l'information nécessaire et comment s'assurer du respect des droits de la personne. S'ajoutaient les problèmes d'accès à l'information nécessaire qui sont causés par les déficiences sensorielles ou les obstacles culturels et langagiers. La capacité des personnes âgées de se protéger contre les situations de fraude ou de manipulation, leur capacité d'agir comme défenseurs de leurs propres droits, et leur timidité quand il s'agit de demander de l'aide sont trois autres sujets d'inquiétude.

Deux problèmes toutefois ont semblé être prioritaires aux yeux des répondants à l'étude du CCNTA, soit le manque de connaissance sur la façon d'obtenir les services et l'information nécessaires, de même que les obstacles à la communication causés par les handicaps physiques, culturels ou langagiers.

1. Manque de connaissances sur comment obtenir l'information et les services nécessaires.

   Les aînés se sont informés et ont pris des décisions toute leur vie. Le besoin d'information est peut-être encore plus grand dans la société d'aujourd'hui où on génère et diffuse des masses d'informations très vite. En tant que membres actifs et intégrés à leur société, les personnes âgées devraient être capables de prendre des décisions éclairées, particulièrement en ce qui a trait aux programmes et aux politiques qui affectent leur bien-être. Cela est un des principes reconnus qu'a adopté l'Assemblée mondiale sur le vieillissement en 1982 (Organisation des Nations Unies, 1982).

Le manque de connaissances et l'expérience qu'il faut pour comprendre comment les bureaucraties et les nouvelles technologies fonctionnent, peuvent être un obstacle majeur quand vient le temps d'obtenir les informations et les services nécessaires. L'emploi de termes spécialisés ou trop techniques ne fait qu'ajouter au problème; cela amène parfois les aînés, comme les membres d'autres groupes d'âge, à se décourager et à ne même pas tenter de comprendre les systèmes complexes (CCNTA, Les personnes âgées et la prise de décision, 1985).

2. Problèmes de communication résultant d'obstacles langagiers, culturels ou physiques

Le manque d'aisance à parler français ou anglais peut faire en sorte que plusieurs personnes âgées n'ont pas accès à l'information et aux services dont elles ont besoin afin de surmonter les difficultés de la vie quotidienne et de s'adapter à leur nouvelle patrie.

Même chez les personnes qui ont une bonne connaissance de la langue seconde, les conditions stressantes, une crise physique ou émotionnelle ou la détérioration cognitive en général peut les empêcher de s'exprimer efficacement dans une autre langue que leur langue maternelle (Alberta Council on Aging, s.d.).

D'autres traits culturels véhiculés dans la communication non-verbale--par exemple la façon de sourire ou l'hésitation à décrire certains problèmes intimes à un fournissuer de services--peuvent être mal interprétés dans le contexte du Canada; cela peut faire en sorte que certains besoins demeurent sans réponse (Ibid.).

La Conférence nationale sur l'ethnicité et le vieillissement de 1988 a signalé la très grande importance de l'accès à l'information et aux ressources pour les nouveaux immigrants, si l'on veut qu'ils se sentent acceuillis comme des membres égaux de la société canadienne. Cela est encore plus importnat pour les nouveaux immigrants qui sont âgés. Ils laissent souvent derrière eux à la fois les amis et la sécurité de leur culture traditionnelle; leur estime de soi est d'autant plus fragile.

4.7.3 SOLUTIONS PROPOSEES

1. Les personnes âgées ont parfois de la difficulté à comprendre comment elles peuvent obtenir l'information et les services dont elles ont besoin.

Le Conseil recommande :

- qu'une gamme de techniques d'information de masse soit utilisée afin d'informer les aînés des services qui leur sont offerts;

- que des services téléphoniques spéciaux et gratuits soient mis sur pied partout au pays afin de répondre aux questions que les aînés se posent sur les services qui s'offrent à eux;

- que l'on explique clairement aux personnes âgées intéressées la façon d'utiliser les systèmes informatisés, depuis les téléphones programmés et les guichets automatiques jusqu'aux ordinateurs, afin qu'elles puissent profiter autant que possible de ces techniques modernes d'information.

2. Les aînés d'origine étrangère, surtout ceux qui ont émigré alors qu'ils étaient âgés, peuvent éprouver des difficultés spéciales à s'exprimer efficacement afin de recevoir l'information et les services dont ils ont besoin.

Le Conseil recommande :

- qu'on aide, de manière appropriée au point de vue culturel, les personnes âgées dont la langue n'est ni le français ni l'anglais à acquérir des connaissances linguistiques satisfaisantes dans l'une des deux langues officielles, pour leur permettre de communiquer leurs idées et leurs besoins efficacement et de comprendre l'information qu'elles reçoivent;

- que l'information destinée aux aînés soit fournie aux personnes âgées d'origine étrangère dans des langues autres que l'anglais et le français ou qu'elle soit traduite, si nécessaire;

- qu'on aide les personnes âgées d'origine étrangère à comprendre les rouages fondamentaux des institutions sociales canadiennes, pour qu'elles puissent faire face rapidement et efficacement aux réalités de la vie quotidienne;

- que l'on offre du counseling aux personnes âgées d'origine étrangère ainsi qu'à leurs familles dès leur arrivée au Canada et plus tard, s'il y a lieu, afin d'aider les aînés à s'adapter à la vie dans leur nouvelle patrie avec succès.

CONCLUSION

Les personnes âgées répètent souvent qu'elles préfèrent demeurer le plus longtemps possible dans leur maison ou logement et de rester autonomes. Elles veulent faire partie intégrante de la collectivité et partager les mêmes privilèges et responsabilités que les autres adultes de la société. A cette fin, elles participent souvent à l'échange réciproque de services avec d'autres personnes. Les personnes âgées préfèrent compter sur elles-mêmes et décider de leur vie le plus possible, même quand elles ont besoin d'aide. Cette autonomie est possible, pour les personnes âgées comme pour les personnes de n'importe quel âge, pourvu qu'elles puissent compter sur un réseau d'aide interpersonnel et qu'elles aient accès aux ressources et aux services utiles. Leur autonomie, comme celle de tout autre membre de la société, est en fait de l'interdépendance.

Le présent document a décrit et analysé les obstacles à la vie autonome auxquels se heurtent les personnes âgées, en s'appuyant sur une revue de la documentation existante, sur une consultation avec les personnes âgées elles-mêmes, leurs associations et les professionnels et les non-professionnels qui travaillent avec elles, de même que sur les résultats d'une discussion avec un groupe de spécialistes dans le domaine du vieillissement. Les obstacles qui ont été nommés le plus souvent sont, par ordre d'importance, les suivants :

- les problèmes de santé physique, plus particulièrement les pertes sensorielles (baisse de la vue et de l'ouïe), les troubles de l'appareil locomoteur et des articulations (arthrite et ostéoporose), la douleur, l'incontinence et les problèmes liés à une mauvaise utilisation des médicaments;

- les problèmes d'ordre émotionnel ou mental, plus particulièrement la solitude, l'angoisse ou la peur, la dépression et la démence;

- le transport et la mobilité, en particulier le manque de services en général, les conditions risquées qui rendent les sorties difficiles, les problèmes particuliers des personnes âgées handicapées ou vivant en milieu rural;

- la pénurie des services de soutien communautaire, en particulier l'insuffisance des services, la mauvaise organisation de ceux-ci et les difficultés liées aux fournisseurs de services;

- la sécurité, en particulier l'anxiété, les craintes et l'ignorance des mesures et des dispositifs de sécurité;

- le logement, en particulier des logements qui ne sont pas adaptés aux besoins des personnes âgées, le coût élevé du logement et de l'entretien ménager et l'absence d'options novatrices dans les aménagements résidentiels;

- la communication et l'information, particulièrement le manque d'information sur l'accès aux services nécessaires et les obstacles à l'information et à la communication causés par la langue, la culture et les handicaps physiques.

En se fondant sur cette étude, le CCNTA a formulé des suggestions de solutions pour éliminer ou atténuer ces obstacles. Elles sont regroupées sous les catégories suivantes :

- maximiser la capacité des personnes âgées de choisir, en encourageant celles-ci à prendre une part active à la planification de leur avenir et à leur sécurité; en encourageant les conseils de planification et les évaluateurs de services à s'assurer que les personnes âgées aient un mot à dire dans les activités qui leur sont destinées; en respectant le droit des personnes âgées de vivre "à leurs risques";

- assurer un environnement propice à l'autonomie grâce à des services communautaires, incluant des consultations pour bien portants, qui mettent l'accent sur la prévention et assurent une gamme de services aux personnes âgées; l'évaluation des services à domicile par des équipes multidisciplinaires; diverses options de logement qui favorisent la vie en autonomie; l'accès à des équipements d'aide à prix abordable; des services de transport qui répondent aux besoins des personnes âgées; l'amélioration des conditions de déplacement pour les piétons âgés, les usagers des transports en commun et les conducteurs.

- éduquer et informer le public en donnant une image positive des personnes âgées, en montrant à celles-ci comment elles peuvent s'engager dans des activités qui amélioreront leur qualité de vie et en leur indiquant les services qui leur sont offerts; en s'assurant qu'elles comprennent bien les avantages et les inconvénients des diverses options de logement pour favoriser leur autonomie; en améliorant les communications entre les personnes âgées et les professionnels de la santé; et en aidant les personnes âgées des minorités ethniques dont la langue n'est ni le français ni l'anglais à acquérir les aptitudes linguistiques nécessaires dans une des deux langues

officielles afin qu'elles puissent communiquer leurs idées et leurs besoins et mettre à profit l'information qu'elles reçoivent.

- promouvoir la recherche, l'évaluation et la planification, plus particulièrement veiller à ce que ceux qui planifient et qui fournissent des services aux personnes âgées aient pour objectif la promotion de l'autonomie de celles-ci; favoriser les travaux de recherche qui permettront d'obtenir des projections exactes des besoins futurs de la population vieillissante; faciliter la recherche appliquée multidisciplinaire dans le domaine du vieillissement; coordonner étroitement les activités des autorités responsables du logement et des services sociaux et sanitaires; prévoir des projets pilotes pour vérifier et évaluer les nouveaux systèmes de coordination des services.

- donner une formation suffisante aux fournisseurs de soins, en établissant des lignes directrices nationales pour que les prestateurs de services aux personnes âgées reçoivent la formation appropriée en gérontologie et en gériatrie; en donnant une formation aux professionnels qui leur permettra de travailler efficacement au sein d'équipes multidisciplinaires; en donnant une formation spéciale aux personnes qui travaillent directement ou indirectement avec les personnes âgées handicapées de manière à aider celles-ci à faire usage de toutes les facultés qu'elles possèdent et à favoriser leur autonomie et leur capacité décisionnelle.

- organiser les services nécessaires, en s'assurant qu'au moins un hôpital par région soit doté d'un nombre suffisant de lits pour l'évaluation gériatrique et la réinsertion sociale; en veillant à ce que chaque collectivité ait des lits de soins de courte durée pour éviter tout placement précipité d'une personne âgée en établissement; en veillant à ce que l'évaluation périodique par une équipe multidisciplinaire et les plans de soins individualisés soient la norme dans tous les milieux institutionnels et communautaires; en mettant tout en oeuvre pour aider les personnes âgées à réintégrer la communauté; en veillant à ce que les personnes souffrant d'Alzheimer reçoivent les soins nécessaires en établissement à un coût abordable lorsqu'il n'est plus possible de les soigner à la maison.

- appuyer le réseau de soins non structurés, en aidant la famille à déterminer si la personne âgée pourrait bénéficier d'un programme de formation à la vie autonome; en défrayant les bénévoles des menues dépenses liées à leur travail; en offrant un service de counseling et un programme de formation à la vie autonome à ceux qui prennent soin de personnes âgées handicapées mentalement ou physiquement, surtout celles qui prennent soin des malades atteints d'Alzheimer; en offrant aux donneurs de soins non professionnels une aide concrète, c'est-à-dire des services de relève ou d'aide ménagère, des allégements fiscaux ou une autre forme d'aide financière au besoin; en évaluant les besoins des conjoints et des cohabitants des personnes qui sont hospitalisées dans des services de soins de longue durée ou de soins palliatifs, ainsi que ceux des personnes qui viennent de perdre leur conjoint et de leur famille, et en leur offrant des services de counseling et de soutien par les pairs, selon les besoins; en offrant des services de counseling aux personnes âgées d'origine étrangère et à leur famille pour les aider à s'intégrer à la vie au Canada.

Il ne fait aucun doute que les possibilités pour les personnes âgées, même celles qui sont handicapées ou frêles, de continuer à vivre dans la communauté sont énormes, pourvu que l'on trouve des réponses aux obstacles qui ont été décrits. Sans attribuer à personne en particulier la mise en application des mesures proposées, le CCNTA souhaite néanmoins que les lecteurs intéressés relèveront les suggestions qu'ils trouvent pertinentes et qu'ils les mettront en application dans leur domaine d'activités.

Pareil résultat ne ferait que rendre justice aux personnes âgées et aux fournisseurs de soins au Canada qui ont collaboré si généreusement à la définition des problèmes auxquels font face les personnes âgées et à la promotion de l'autonomie qui fait tellement pour la qualité de vie de celles-ci.

REFERENCES

Alberta Council on Aging. Understanding Seniors and Culture. Calgary: Alberta Culture, Cultural Heritage Division, s.d.

Berg, S. et al. "Loneliness in the Swedish Aged." Journal of Gerontology. 36, Mai 1981: 342-349.

Bobb, J.K. "Trauma in the Elderly." Journal of Gerontological Nursing. 13, 11 (1987): 28-31.

Bock, E.W. et I.L. Webber. "Suicide Among the Elderly: Isolating Widowhood and Mitigating Alternatives." Journal of Marriage and the Family. 34, février 1972: 24-31.

Brody, E. et al. "Senile Dementia: Public Policy and Adequate Institutional Care." American Journal of Public Health. 74, 12 (1984): 1381-1383.

Butler, F.R. et al. "Neuroleptics and Behavior: A Comparative Study." Journal of Gerontological Nursing. 13, 6 (1987): 15-19.

Campbell, J. Housing and Health. Toronto: City of Toronto, Department of Public Health, octobre 1984.

Canadian Hearing Society. On Developing Services for the Hearing-Impaired Elderly Population of Ontario. Toronto: 1985.

Canadian Podiatry Association. Brief to the National Advisory Council on Aging's Consultation on the Barriers to Independent Living, soumis par le Président, Dr L.L. Nugent, le 9 septembre 1988.

Chaisson-Stewart, G. M. ed. Depression in the Elderly. New York: John Wiley and Sons, 1985.

Chappell, N. "Long-Term Care in Canada." in North American Elders: United States and Canadian Perspectives. Rédigé par E. Rathbone-McCuan et B. Havens. New York: Greenwood Press, 1988: 73-88.

Chappell, N., L. Strain et A. Blandford. Aging and Health Care: A Sociological Perspective. Toronto: Holt, Rinehart and Winston of Canada, 1986.

Clayton, D. "Community Efforts Help Alzheimer's Victims." Canadian Medical Association Journal. 132, 1er janvier 1985.

Comité consultatif d'experts pour le traitement des algies chroniques intenses chez les cancéreux. Douleurs cancéreuses: Une monographie sur la conduite à tenir vis-à-vis des douleurs cancéreuses. Rapport présenté à Santé et Bien-être social Canada. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services, 1984.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. "Des innovations toutes simples." Expression. 3, 3 (1986).

Conseil consultatif national sur les troisième âge. Les personnes âgées et les prises de décisions. Ottawa: 1984.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. "Les transports ou ... la clé des champs!" Expression. 2, 4 (1985).

Conseil consultatif national sur le troisième âge. Loger une population vieillissante: Guide et notes de conception. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1987.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. "Vers une plus grande autonomie." Expression. 4, 3 (1987).

Conseil consultatif national sur le troisième âge. Vers une politique de soutien communautaire pour les canadiens. Ottawa: 1986.

Conseil des affaires sociales et de la famille. Vaincre la douleur chronique. Québec: 1987.

Consumer Product and Safety Commission. Safety for Older Consumers. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, Juin 1986.

Cormier, D. et J. Trudel. Pilules mirages: Essai sur la qualité de vie des aînés. Montréal: Les Editions de l'Association des Centres d'Accueil du Québec, 1986.

Craven R. et P. Bruno. "Teach the Elderly to Prevent Falls." Journal of Gerontological Nursing, 12, 8 (1986): 27-33.

Crawford, R. Barriers that Seniors Encounter Living Independently: A Dental Perspective. Notes présentées au Conseil consultatif national sur le troisième âge pour son étude sur les obstacles à l'autonomie des aînés, 16 septembre 1988.

Creighton, J. "Incontinence Affects One Million Canadians" Ottawa Citizen. 21 mars 1988.

D'Arcy C. "Aging and Mental Health." in Aging in Canada: Social Perspectives, Second edition. Rédigé par V. Marshall. Markham, ON: Fitzhenry and Whiteside, 1987: 424-450.

De Ravinel, H. "Une nouvelle mode du troisième âge." Questions de culture. 6 (1984): 113-128.

Dubé M. et J. Bélisle. "Le vécu des intervenants et leur formation." Le Gérontophile; 10, 2 (1988): 7-8.

France, M.H. "Responding to Loneliness: Counselling the Elderly." Canadian Counsellor. 18, 3 (1984): 123-129.

Frontera, W.R. et al. "Strength Conditioning in Older Men: Skeletal Muscle Hypertrophy and Improved Function." Journal of the American Physiological; 1988: 1038-1044.

Gallagher, D.E. et al. "Effects of Bereavement on Indicators of Mental Health in Elderly Widows and Widowers." Journal of Gerontology; 38, 5, Septembre 1983: 565-571.

Gauthier S. et L. Gauthier. "Alzheimer's Disease: New Research Trends." Geriatrics; Juin/Juillet 1987: 18-25.

Geehan, T.E. et al. Le transport et les personnes handicapées: Un profil canadian. Ottawa: Transport Canada, 1988.

Gouvernement du Canada. "Le gouvernement fédéral favorise l'autonomie des personnes âgées." Communiqué 1988-09; 9 février 1988.

Grant, P. et B. Rice. "Transportation Problems of the Rural Elderly: A needs Assessment." Canadian Journal on Aging. 2, 3 (1983): 107-124.

Gregan, B. et al. Conseil consultatif national sur le troisième âge: Position sur les soins de longue durée. Présentation au sous-comité fédéral, provincial/territorial sur les soins de longue durée. Ottawa: CCNTA, 1988.

Hansson, R.O. et al. "Loneliness and Adjustment to Old Age." International Journal of Aging and Human Development. 24, 1 (1986-87): 41-53.

Harkins, S. "Issues in the Study of Pain and Suffering in Relation to Age." International Journal of Technology and Aging. 1, 2 (1988): 146-155.

Hawranik, P. et B. Kondratuk. "Depression in the Elderly.: The Canadian Nurse. 82, 9 (1986): 25-29.

Hodge, G. "Assisted Housing for Ontario's Rural Elderly: Shortfalls in Product and Location." Canadian Journal on Aging. 6, 2 (1987): 141-154.

Hubbell, J. "Winter Mobility: A Public Transportation Perspective." Winter Cities News. 6,5 (1988): 16-17.

Huyck, M. et W. Hoyer. Adult Development and Aging. Belmont, CA: Wadsworth, 1982.

Institut pour l'établissement de santé de l'avenir. Le vieillissement: La prestation de soin de santé, demain. Ottawa, 1988.

Kirkland, J. "Take Care with Medicines: They Harm As Well As Help." Especially for Seniors. Automne 1988: 10.

La Société d'arthrite. Ce qu'il faut savoir sur l'arthrite. Toronto:1986.

L'Association médicale canadienne. Les soins de santé pour gens âgés: Les défis d'aujourd'hui, des solutions pour demain. Ottawa: 1987.

Lee, P. et al. "Epidemiology of Musculoskeletal Disorders and Related Disability in Canada." The Journal of Rheumatology. 12, 6 (1985): 1169-1173.

Le Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario. La santé en Ontario: Vers une orientation commune. Rapport du Groupe. Toronto: le Groupe, juin 1987.

Lépine, L. Le suicide chez les personnes âgées au Canada. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services, 1982.

Lewies, S. "Urinary Tract Infection." Ontario Nursing Home Journal. 4, 4 (1988): 14-15.

Lewis, C.B. "Musculoskeletal Changes with Age." Clinical Management in Physical Therapy. 4, 5 (1984): 12-15,52.

L'Institut national canadien pour les aveugles. Vivre une perte de vision: Conseils aux personnes âgées. Toronto: n.d.

Lucas, M.J. et al. "Recognition of Psychiatric Symptoms in Dementia." Journal of Gerontological Nursing. 12, 1 (1986): 11-15.

MacDonald, A. Transport: Options pour l'avenir. Ottawa: Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1989.

MacLaren Plansearch. L'étude des systèmes d'intervention d'urgence pour les personnes âgées. Ottawa: Société canadienne d'hypothèques et de logement, octobre 1988.

Mace, N.L. et P.V. Rabins. The 36-Hour Day. Baltimore: John Hopkins University Press, 1981.

Maltais, D. Les personnes âgées et leur domicile: Un outil d'identification des améliorations souhaitables à réaliser dans leur environnement. Société canadienne d'hypothèques et de logement, septembre 1988.

Matthews, C. "An Older Person's Dilemma in Winter." Winter Cities News. 6, 5 (1988): 25, 27.

Matthews C. et J. Stryckman. L'éducation comme mode d'adaptation au vieillissement de la population. Ottawa: Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1988.

Mayo Clinic. "A Long Goodbye: Coping with Alzheimer's Disease and Other Forms of Dementia." Mayo Clinic Health Letter: Medical Essay. Janvier 1988.

Metropolitan Toronto District Health Council. Housing and the Health of the Elderly. Toronto, March 1988.

Miller, M. Suicide After Sixty: The Final Alternative. New York: Springer Publishing Company, 1979.

Ministre d'Etat pour le troisième âge et al. L'ethnicité et le vieillissement. Rapport de l'atelier national sur l'ethnicité et le vieillissement tenu du 21 au 24 février 1988 à Ottawa.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. "La lutte contre la douleur." Santé et Société. Printemps 1987: 13-16.

Mirosh, D. A new Vision for Long-Term Care: Meeting the Need. Edmonton: Government of Alberta, 1988.

Murray, T.M. "The Importance of Calcium in Osteoporosis Prevention." Osteoporosis: Bulletin for Physicians. Osteoporosis Society of Canada, 1, 1 (1988).

Nations Unies. Rapport de l'assemblée mondiale sur le vieillissement. New York: Nations Unies, 1982.

New Brunswick Gerontology Association, Fredericton Chapter. The Right to Choose: The Importance of a Range of Alternatives in the Care of the Elderly in Fredericton. Frédéricton: Mai 1987.

Norton, C. "Coping with Incontinence." Geriatric Nursing Home Care. 7, 9 (1987): 16-18.

Office of Technology Assessment, Congress of the United States. Hearing Impairment and Elderly People. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1986.

Ontario Advisory Council on Senior Citizens. Hearing Impairment and the Elderly. Toronto: Gouvernement de l'Ontario, 1982.

Ory, M.G. et al. "Families, Informal Supports and Alzheimer's Disease: Current Research and Future Agendas." Research on Aging. 7,4 (1985): 623-644.

Paszek, T. "Calgary's Winter Streets." Winter Cities News. 6, 5 (1988): 17-19.

Peplau, L.A. et D. Perlman. "Perspectives on Loneliness." in Loneliness: A sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. Rédigé par L.A. Peplau et D. Perlman. New York: Wiley Interscience, 1982.

Povar, G.J. et al. "Patients' Therapeutic Preferences in an Ambulatory Care Setting." American Journal of Public Health. 74, 12 (1984): 1395-1397.

Price Waterhouse/Medicus. Direct Nursing Requirements of Extended Care Residents in Homes for the Aged and Nursing Homes in Ontario. Vol. 1 et 2. Soumis au Ministère des personnes âgées, mars 1988.

Pringle, D. "Dependency and Control: Issues for Older Patients and their Caregivers." Allocution d'ouverture, réunion annuelle de l'Association canadienne de gérontologie, Québec, 1986.

Reidy, M. et L. Francoeur. "La communication chez les couples dont l'un des membres souffre de démence." in Un défi simplement humain. Rédigé par L. Lévesque et O. Marot. Montréal: Editions du Renouveau Pédagogique Inc., 1988.

Resnick, N.M. et al. "The Pathophysiology of Urinary Incontinence Among Institutionalized Elderly Persons." New England Journal of Medicine. 320 (1989): 1-7.

Rochon, J. Programme de Consultation d'Experts: Dossier "Personnes Agées". Québec: Commission d'Enquête sur les Services de Santé et les Services Sociaux, August 1987.

Sakinofsky, I. "Depression in the Elderly." Coming of Age Conference, Toronto, 1976.

Santé et Bien-être social Canada. La santé des canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services, 1981.

Santé et Bien-être social Canada. La santé mentale des canadiens: Vers un juste équilibre. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services, 1988.

Santé et Bien-être social Canada. Le suicide au Canada: Rapport du groupe d'étude national sur le suicide au Canada. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services, 1987.

Santé et Bien-être social Canada. Lignes directrices pour la prestation de services complets aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux. Ottawa: Ministre des Approvisionnements et Services, 1988.

Santé et Bien-être social Canada. Précis sur le vieillissement au Canada. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services, 1983.

Santé et Bien-être social Canada. Profils des programmes de soins à domicile et des services d'aide familiale. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services, 1982.

Santé et Bien-être social Canada. Vieillir: Vers une nouvelle perspective. Ottawa: Division de la Promotion de la Santé, 1986.

Schwenger, C. "Professionalization of Health Care for the Aged." Canadian Journal on Aging. 1, 1-2 (1982): 66-71.

Secrétariat d'Etat du Canada, Direction de l'analyse des tendances sociales. Profil des personnes vivant avec une incapacité au Canada. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services, novembre 1986.

Solicitor General Canada. Canadian Urban Victimization Survey, 1982. Technical Reports and Bulletins, 1982-1987. Ottawa: Supply and Services Canada, 1982-1987.

Solliciteur général du Canada. "La prévention du crime: Prise de conscience et pratique." Rapport technique. Le sondage canadien sur la victimisation en milieu urbain. 1984.

Spasoff, R.A. et al. La santé pour tout l'Ontario: Rapport du Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario. Toronto: Le Groupe, 1987.

Statistique Canada. Faits saillants de l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 1983-1984. Publication no. 82-563F. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services, 1986.

Statistique Canada. "Enquête sociale générale." Ottawa: Ministre des Approvisionnements et Services, 1986. (Division des études démographiques, données non publiées).

Stroebe, M.S. et W. Stroebe. "Who suffers more? Sex Differences in Health Risks of the Widowed?" Psychological Bulletin. 93, Mars 1983: 279-301.

Sutherland, R. et M.J. Fulton. Health Care in Canada: A description and Analysis of Canadian Health Services. Ottawa: The Health Group, 1988.

Taylor, K. et J. Henderson. "Effects of Biofeedback and Urinary Stress in Older Women." Journal of Gerontological Nursing. 12, 9 (1986): 25-30, 37.

Vézina, J. et P. Bourque. "The Relationship Between Cognitive Structure and Symptoms of Depression in the Elderly." Cognitive Therapyt and Research. 8, 1 (1984): 29-36.

Ville de Québec. Accidents de la circulation: 1983 à 1985. Québec: Service de la circulation et du transport, 1986.

Walker, V.R. "Osteoporosis: Problems and Treatment of this Bone-Losing Disease." Drug Merchandising. 64, 6 (1983): 46, 48+.

Weiner, E.L. "Licensing the Elderly Driver: Legal and Scientific Problems." Traffic Safety. 73, 5 (1973): 8-11, 36-37.

Wigdor, B. et D. Foot. The Over-Forty Society: Issues for Canada's Aging Population. Toronto. J. Lorimer and Company, 1988.

Zarit, S. Aging and Mental Disorders: Psychological Approaches to Assessment and Treatment. New York: The Free Press, 1980.

REMERCIEMENTS

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge remercie sincèrement les personnes et les organismes mentionnés ci-après, pour leur aide lors de la distribution du questionnaire :

Académie de l'Outaouais,
La Cabane en Bois Rond
Hull, Québec

Alberta Community Health
Nurses Society
Calgary, Alberta

Alberta Council on Aging
Edmonton, Alberta

Alberta Senior Citizen
Sports & Recreation
Association
Calgary, Alberta

Anishanabe Health Centre
Toronto, Ontario

Association canadienne de
gérontologie
Vancouver,
Colombie-Britannique

Association canadienne de
gérontologie
Winnipeg, Manitoba

Association canadienne pour
les soins de longue durée
Ottawa, Ontario

Association des centres de
jour du Québec
Montréal, Québec

Association québecoise de
gérontologie
Montréal, Québec

Athabasca Seniors Centre
Athabasca, Alberta

A.Q.D.R. Hochelaga-
Maisonneuve
Montréal, Québec

Brant District Health Council
Brantford, Ontario

D^r Jean-Marc Brodeur
Université de Laval
Québec, Québec

Bromley Road Baptist Church
Ottawa, Ontario

Canadian Association of
Occupational Therapists
Winnipeg, Manitoba

Canadian Association of
Retired Persons
Toronto, Ontario

Canadian Council of Retirees
Toronto, Ontario

Canadian Gerontological
Nursing Association
Toronto, Ontario

Centraide de Brant
Brantford, Ontario

Centre d'accueil Duhamel
Duhamel, Québec

Centre de services sociaux
du Montréal métropolitain
Montréal, Québec

Centre Kerby
Calgary, Alberta

Centre local de services communautaires
Valleyfield, Québec

Centre local de services communautaires
Lasalle, Québec

Centre local de services communautaires Rivières-des-prairies
Rivières-des-prairies, Québec

City of Leduc
Leduc, Alberta

Club d'accueil de l'Age d'Or
Azilda, Ontario

Club de l'Age d'Or
Beaulac, Québec

Club de l'Age d'Or de Joliette
Joliette, Québec

Club de l'Age d'Or de Jouyo
Jouyo, Québec

Club de l'Age d'Or de Papineauville
Papineauville, Québec

Club les Blés d'Or de Saint Antoine
Chicoutimi, Québec

Club de l'Age d'Or de Sainte-Thérèse-de Drummondville
Drummondville, Québec

Club de l'Age d'Or de Sherbrooke
Sherbrooke, Québec

Club de l'Age d'Or du Lac des Aigles
Lac des Aigles, Québec

Coalition Santé multiculturelle du Canada
Toronto, Ontario

Conseil Canadien des Services d'Auxiliaires Familiales
Toronto, Ontario

Conseil des aînés d'Ottawa-Carleton
Ottawa, Ontario

Conseil des organismes affiliés provinciaux

Conseil national des Autochtones du Canada
Ottawa, Ontario

Conseil régional de l'Age d'Or rive-sud métropolitaine
Montréal, Québec

Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Hull, Québec

Corporation des ergothérapeutes du Québec
Montréal, Québec

Dryden Go-Getters Inc.
Dryden, Ontario

Eglise Anglicane du Canada
Toronto, Ontario

Fédération de l'Age d'Or du Québec
Montréal, Québec

Fédération des citoyens aînés du Nouveau-Brunswick
Moncton, Nouveau-Brunswick

Fédération Nationale des Retraités et Citoyens Agés
Toronto, Ontario

Forum des Citoyens Agés de Montréal Inc.
Montréal, Québec

Gerontology Association of British Columbia
Vancouver,
Colombie-Britannique

Gerontology Research Centre
Simon Fraser University
Vancouver,
Colombie-Britannique

Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada
Ottawa, Ontario

Institut national canadien pour les aveugles
Toronto, Ontario

David Kilgor, dép.
Edmonton South East
Alberta

La Corporation des Retraités Canadiens Intéressés
Halifax, Nouvelle-Ecosse

La Corporation des Retraités Canadiens Intéressés
Chapître de l'Ontario
Toronto, Ontario

Légion royale canadienne
Commandement national (bureau national)
Ottawa, Ontario

Les Joyeux Mercredis
Chicoutimi-Nord, Québec

Mainly for Seniors
Dresden, Ontario

Manitoba Society of Seniors
Winnipeg, Manitoba

Metcalfe Pioneers Seniors Citizens' Club
Montréal, Québec

Ministère de la santé et des services communautaires
Frédéricton,
Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec
Québec, Québec

Ministère des Communications du Québec
Québec, Québec

National Association of Jamaicans
Toronto, Ontario

Newfoundland & Labrador Pensioners and Senior Citizens Federation
St. John's, Terre-Neuve

New Horizons Seniors Club
Kenora, Ontario

Nova Scotia Superannuates Association
Halifax, Nouvelle-Ecosse

Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors
Toronto, Ontario

Prince Edward Island Senior Citizens Federation
Charlottetown,
Ile-du-Prince-Edouard

Programme d'aide à domicile du Canton de Cumberland
Navan, Ontario

Programme Nouveaux Horizons
- Vancouver,
  Colombie-Britannique
- Winnipeg, Manitoba
- Charlottetown,
  Ile-du-Prince-Edouard

Réseau la Voix des Ainés
(Canada) Inc.
Ottawa, Ontario

Riverdale Seniors Club
Sydney River
Cap Breton, Nouvelle-Ecosse

Saskatchewan Seniors
Action Now Association Inc.
Saskatoon, Saskatchewan

Saskatchewan Seniors
Association Inc.
Unity, Saskatchewan

Sénateur Ray Perrault
Ottawa, Ontario

Seniors Assisting Seniors
Calgary, Alberta

Seniors' Bureau
New Westminster,
Colombie-Britannique

Senior Citizen's Central
Council of Calgary
Calgary, Alberta

Senior Citizens' Federation of
P.E.I.
Charlottetown,
Ile-du-Prince-Edouard

Seniors Secretariat of Nova
Scotia
Halifax, Nouvelle-Ecosse

Services communautaires
allemands
Montréal, Québec

Sioux Area Activity Club
Sioux Look Out, Ontario

Soeur St. Michael Guinan
London, Ontario

Soeur Betty Kennedy
Club des citoyens âgés
Fort Francis, Ontario

Société d'Alzheimer de
Montréal
Montréal, Québec

Society for the Retired and
Semi-Retired
Edmonton, Alberta

St. Joseph Villa
Dundas, Ontario

Unité sanitaire de l'est de
l'Ontario
Cornwall, Ontario

Université du Québec à
Trois-Rivières
Trois-Rivières, Québec

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE UTILISE POUR L'ETUDE

LA VIE AUTONOME : Quels en sont les obstacles?

Les personnes âgées font souvent valoir qu'elles veulent rester chez elles, dans leur propre milieu, et ce, le plus longtemps possible. Mais ce n'est pas toujours facile. A mesure qu'elles avancent en âge, plusieurs d'entre elles se trouvent confrontées à de nombreuses difficultés à conserver leur indépendance.

L'honorable Jake Epp, ministre de la Santé et du Bien-être social, a demandé au Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) d'identifier certaines de ces difficultés ou "obstacles" à l'indépendance des personnes âgées et de voir par quels moyens on pourrait les atténuer ou les supprimer.

LE CCNTA COMPTE SUR VOTRE PARTICIPATION POUR REPONDRE A CETTE DEMANDE

Nous demandons donc aux PERSONNES AGEES et aux PERSONNES QUI TRAVAILLENT POUR ELLES, OU AVEC ELLES, de bien vouloir répondre au questionnaire qu'elles trouveront ci-joint.

Tout ce que nous vous demandons, c'est de nous faire part de votre point de vue et de vos idées. Notre intention n'est pas de vous soumettre à un test de connaissances. Il n'y a pas de réponses justes ou fausses.

Grâce à vos réponses, le CCNTA pourra donner au ministre des conseils éclairés, qui traduiront les préoccupations des aîné(e)s et de ceux qui travaillent pour eux ou avec eux.

A noter que ce questionnaire restera anonyme et que vous n'avez donc pas besoin de le signer.

Veuillez prendre le temps de remplir ce questionnaire aujourd'hui-même et de le poster aussitôt que possible. Nous analyserons vos réponses cet été et ferons parvenir notre rapport au Ministre d'ici l'automne, compte tenu des renseignements que vous nous aurez fait parvenir.

Merci d'avance de votre collaboration.

Le Conseil consultatif
national sur le troisième âge

(verso)

QUESTIONNAIRE

- **Si vous êtes une personne du troisième âge**, veuillez répondre aux deux parties, soit la partie A (pages roses), et la partie B (pages jaunes).

- **Si vous n'êtes pas une personne du troisième âge** mais que vous travaillez auprès des personnes du troisième âge ou pour elles, veuillez répondre à la partie B seulement (pages jaunes).

- Si vous n'avez pas l'intention de compléter ce questionnaire, veuillez, s'il-vous-plaît, le passer à quelqu'un d'autre.

COCHEZ LE NUMERO DE LA REPONSE QUI S'APPLIQUE A VOUS

Je suis aîné(e)

- qui répond de ma part ☐
- qui répond de la part de mon association ☐
- Je ne suis pas aîné(e) mais je travaile auprès des personnes du troisième âge ou pour elles ☐

PARTIE A. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

ENCERCLEZ LE NUMERO DE LA REPONSE QUI S'APPLIQUE A VOUS

1. Sexe:

   1. femme
   2. homme

2. Année de la naissance:

   _____

3. Province:

   1. Colombie-Britannique
   2. Alberta
   3. Saskatchewan
   4. Manitoba
   5. Ontario
   6. Québec
   7. Nouveau-Brunswick
   8. Nouvelle-Ecosse
   9. Terre-Neuve
   10. Ile-du-Prince-Edouard
   11. Territoires du Nord-Ouest
   12. Yukon

4. Quel est votre état civil présentement?

   1. marié(e)
   2. divorcé(e)
   3. séparé(e)
   4. veuve ou veuf
   5. célibataire

5. Revenu (revenu personnel ou familial total de toutes les sources avant impôt):

   1. moins de - 10 000 $
   2. 10 000 $ - 14 999 $
   3. 15 000 $ - 19 999 $
   4. 20 000 $ - 24 999 $
   5. 25 000 $ - 29 999 $
   6. 30 000 $ ou plus

6. Quelle est la population de votre municipalité ou de votre village?

   1. 500 000 habitants ou plus
   2. 100 000 - 499 999 habitants
   3. 30 000 - 99 999 habitants
   4. 5000 - 29 999 habitants
   5. moins de 5000 habitants

7. Dans quel genre d'habitation vivez-vous présentement?

   1. maison unifamiliale ou duplex
   2. appartement
   3. pension
   4. établissement (foyer de soins pour personnes âgées infirmes, maison de repos, centre d'accueil, etc.)
   5. autre (précisez)

   _____

8. Avec qui vivez-vous?

   1. personne, je vis seul(e)
   2. conjoint(e) seulement
   3. un enfant ou plus
   4. conjoint(e) et un enfant ou plus
   5. autre (précisez)

   _____

9. Comment évalueriez-vous votre santé?

   1. bonne
   2. passable
   3. mauvaise

PARTIE B. OBSTACLES A LA VIE AUTONOME

Cette partie du questionnaire a trait aux obstacles à l'autonomie que vous avez peut-être rencontrés en tant que personne du troisième âge ou que vous avez observés chez les personnes du troisième âge auprès de qui vous travaillez.

Sous chaque rubrique, nous avons énuméré des exemples des problèmes que rencontrent les aîné(e)s. **Il ne s'agit que d'exemples.** Votre situation pourrait être très différente de celles que nous donnons ici. Ce que nous voulons, c'est que vous nous parliez de <u>situations particulières</u>, **de ce qui fait qu'il est difficile pour vous ou pour les aîné(e)s que vous connaissez de mener une vie autonome.**

A la question A de chacune des rubriques, veuillez indiquer si c'est un **problème majeur ou mineur** ou **aucun problème** pour vous.

A la question B, pour chaque point reconnu comme un **problème majeur ou mineur**, décrivez ce qu'est ce problème.

A la question C, dites-nous enfin comment **vous ou ceux que vous connaissez** ont réussi à surmonter ces problèmes ou à s'y adapter.

Si vous avez répondu qu'un point ne représente **aucun problème**, ne répondez pas aux questions B ou C. Passez à la rubrique suivante.

Si vous n'avez pas assez de l'espace prévu pour inscrire vos réponses au complet, servez-vous de feuilles supplémentaires.

10. SANTE PHYSIQUE

(Par exemple, douleurs, perte de vision ou de capacité auditive, arthrite ou maladie cardiaque, incontinence, troubles dentaires, difficulté à suivre les prescriptions, etc.)

A. C'est:
   1. un problème majeur
   2. un problème mineur
   3. aucun problème

B. En quoi consiste précisément le problème?

_____

_____

_____

C. Comment avez-vous - ou les aîné(e)s que vous avez observé(e)s - réussi à surmonter le problème ou à s'y adapter?

_____

_____

_____

_____

11. SANTE AFFECTIVE

(Par exemple, dépression, anxiété, stress, solitude, chagrin, perte de mémoire, désorientation, crainte de devenir plus dépendant(e), peur de la mort, etc.)

A. C'est:
   1. un problème majeur
   2. un problème mineur
   3. aucun problème

B. En quoi consiste précisément le problème?

_____

_____

_____

C. Comment avez-vous - ou les aîné(e)s que vous avez observé(e)s - réussi à surmonter le problème ou à s'y adapter?

_____

_____

_____

_____

12. SERVICE DE SANTE

(Par exemple, difficulté à consulter ou à obtenir des services satisfaisants des médecins, des autres professionnels de la santé, des hôpitaux ou d'autres établissements, etc.)

A. C'est:
   1. un problème majeur
   2. un problème mineur
   3. aucun problème

B. En quoi consiste précisément le problème?

_____

_____

_____

C. Comment avez-vous - ou les aîné(e)s que vous avez observé(e)s - réussi à surmonter le problème ou à s'y adapter?

_____

_____

_____

_____

13. SERVICES COMMUNAUTAIRES

(Manque de services de soutien à domicile pour les aînés, par exemple, repas à domicile, aide pour faire les emplettes, la lessive ou le ménage, aide pour trouver un homme à tout faire fiable, entretien du terrain ou enlèvement de la neige, centres communautaires pour les aînés, etc.)

A. C'est:
   1. un problème majeur
   2. un problème mineur
   3. aucun problème

B. En quoi consiste précisément le problème?

_____

_____

_____

C. Comment avez-vous - ou les aîné(e)s que vous avez observé(e)s - réussi à surmonter le problème ou à s'y adapter?

_____

_____

_____

_____

14. SOUTIEN FAMILIAL ET SOUTIEN SOCIAL

(Par exemple, manque de possibilités de visiter ou de recevoir la famille ou les amis, crainte de devenir un fardeau pour la famille, les amis ou les voisins ou que ceux-ci ne veuillent ou ne puissent pas aider quand c'est nécessaire, etc.)

A. C'est:
   1. un problème majeur
   2. un problème mineur
   3. aucun problème

B. En quoi consiste précisément le problème?

_____

_____

_____

C. Comment avez-vous - ou les aîné(e)s que vous avez observé(e)s - réussi à surmonter le problème ou à s'y adapter?

_____

_____

_____

_____

15. POSSIBILITES DE MENER LES ACTIVITES DE SON CHOIX

(Par exemple, ne pas pouvoir rester ou entrer sur le marché de travail, faire quelque chose pour la société, continuer d'apprendre, voyager, pratiquer le sport, prendre part aux activités récréatives ou de loisirs, etc.)

A. C'est:
   1. un problème majeur
   2. un problème mineur
   3. aucun problème

B. En quoi consiste précisément le problème?

_____

_____

_____

C. Comment avez-vous - ou les aîné(e)s que vous avez observé(e)s - réussi à surmonter le problème ou à s'y adapter?

_____

_____

_____

_____

16. ATTITUDE A L'EGARD DU VIEILLISSEMENT

(Par exemple, voir les aîné(e)s comme des enfants qui ne peuvent pas prendre seul(e)s de décisions ou comme des gens qui ne désirent pas demeurer intégrés à la société, voir le fait de vieillir comme une tragédie qu'il faut refuser d'admettre à tout prix, etc.)

A. C'est:
   1. un problème majeur
   2. un problème mineur
   3. aucun problème

B. En quoi consiste précisément le problème?

_____

_____

_____

C. Comment avez-vous - ou les aîné(e)s que vous avez observé(e)s - réussi à surmonter le problème ou à s'y adapter?

_____

_____

_____

_____

17. COMMUNICATION ET INFORMATION

(Par exemple, ne pas pouvoir se faire comprendre, transmettre ses besoins ou ses opinions aux personnes indiquées, ne pas comprendre comment les services et programmes gouvernementaux fonctionnent, ni comment s'en servir, etc.)

A. C'est:
   1. un problème majeur
   2. un problème mineur
   3. aucun problème

B. En quoi consiste précisément le problème?

_____

_____

_____

C. Comment avez-vous - ou les aîné(e)s que vous avez observé(e)s - réussi à surmonter le problème ou à s'y adapter?

_____

_____

_____

_____

18. REVENU

(Par exemple, revenu insuffisant pour combler ses besoins, pour se sentir sûr de l'avenir, pour permettre de conserver le sentiment de sa dignité, etc.)

A. C'est:
   1. un problème majeur
   2. un problème mineur
   3. aucun problème

B. En quoi consiste précisément le problème?

_____

_____

_____

C. Comment avez-vous - ou les aîné(e)s que vous avez observé(e)s - réussi à surmonter le problème ou à s'y adapter?

_____

_____

_____

_____

19. LOGEMENT

(Par exemple, logement qui est trop cher, qui n'est pas adapté aux besoins, pas muni de dispositifs de sécurité ou pas bien situé par rapport aux services et aux ressources du milieu, etc.)

A. C'est:
   1. un problème majeur
   2. un problème mineur
   3. aucun problème

B. En quoi consiste précisément le problème?

_____

_____

_____

C. Comment avez-vous - ou les aîné(e)s que vous avez observé(e)s - réussi à surmonter le problème ou à s'y adapter?

_____

_____

_____

_____

20. TRANSPORT ET MOBILITE

(Par exemple, avoir du mal à se rendre jusqu'aux centres de services nécessaires, notamment l'épicerie, la banque, les magasins, l'église, le centre communautaire ou de loisirs, craindre de sortir parce que la neige et la glace sont mal enlevées en hiver, qu'il n'y a pas de trottoirs ou que ceux-ci sont mal entretenus, etc.)

A. C'est:
   1. un problème majeur
   2. un problème mineur
   3. aucun problème

B. En quoi consiste précisément le problème?

_____

_____

_____

C. Comment avez-vous - ou les aîné(e)s que vous avez observé(e)s - réussi à surmonter le problème ou à s'y adapter?

_____

_____

_____

_____

21. SECURITE

(Par exemple, se sentir en sécurité dans sa maison ou son quartier, savoir qu'on pourra avoir de l'aide en cas d'urgence ou d'invalidité de longue durée, etc.)

A. C'est:
   1. un problème majeur
   2. un problème mineur
   3. aucun problème

B. En quoi consiste précisément le problème?

_____

_____

_____

C. Comment avez-vous - ou les aîné(e)s que vous avez observé(e)s - réussi à surmonter le problème ou à s'y adapter?

_____

_____

_____

_____

22. Avez-vous d'autres idées au sujet des moyens qui pourraient être mis en oeuvre afin de vous aider ou d'aider ces aînés à éviter ces problèmes, à les surmonter ou à s'y adapter? Veuillez ajouter d'autres feuilles pour nous donner ces très précieux renseignements.

MERCI INFINIMENT DE VOTRE AIDE. LE RAPPORT DECRIVANT LES RESULTATS DE LA CONSULTATION SERA ANNONCE DANS LE NUMERO DE L'AUTOMNE D'EXPRESSION.

Veuillez retourner ce questionnaire au:

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Pièce 340, Immeuble Brooke Claxton
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

ANNEXE 2 : CONSIDERATIONS D'ORDRE TECHNIQUE ET METHODOLOGIQUE

On a relevé des divergences importantes entre les réponses données par les trois groupes consultés : les personnes âgées ayant répondu en leur propre nom, celles ayant répondu au nom de leur association et les personnes qui travaillent avec des aînés (Voir les graphiques à l'annexe 4). Individuellement, les personnes âgées avaient beaucoup moins tendance que les membres des deux autres groupes à indiquer qu'elles avaient des problèmes. Une explication à cela, qui est étayée tant par les ouvrages portant sur le sujet que par les discussions en groupe tenues lors de l'étude, c'est que la plupart des personnes âgées n'aiment pas se plaindre. En effet, ayant déjà traversé des "périodes difficiles", bon nombre d'entre elles ont tendance, presque par principe, à minimiser tout problème qu'elles peuvent éprouver vers la fin de leur vie.

Pour leur part, les personnes âgées ayant répondu au nom de leur association ou d'autres personnes âgées qu'elles connaissent étaient plus susceptibles de déclarer que les aînés ont d'avantage de problèmes que le premier groupe de répondants. Ceci peut être dû au fait que leurs réponses représentent un aperçu global de l'experience partagée par l'ensemble des personnes âgées.

Toutefois, ceux qui travaillent avec des personnes âgées avaient encore plus tendance que les membres des deux autres groupes à estimer que les obstacles à l'autonomie sont très nombreux. Logiquement, l'expérience de ces individus tend à biaiser leur point de vue puisque leur travail les amènent à rencontrer des aînés ayant des problèmes ou ayant perdu un certain degré d'autonomie.

Il est extrêmement important de reconnaître qu'il existe une foule de liens entre les problèmes cernés et, partant, que les données recueillies reflètent la complexité de situations propres à réalité. Par exemple, on lie souvent la santé physique à la mobilité et au transport, les services de soutien communautaires aux questions de sûreté et de sécurité et le bien-être affectif ou mental au logement. Par ailleurs, les cinq autres problèmes que les personnes consultées n'ont pas cité aussi fréquemment que les autres, c'est-à-dire le revenu, les services de santé, les possibilités de s'adonner à des activités de son choix, le soutien familial et social et les attitudes envers le vieillissement, surgissent indirectement dans nombre d'autres catégories de problèmes. Par exemple, on a fréquemment établi un lien entre le revenu et les problèmes de logement et de transport, de même qu'entre les services de santé et les problèmes de santé physique.

Tel qu'il est mentionné dans le rapport, certains groupes importants étaient sous-représentés parmi les répondants de l'étude. Ce sont les aînés des minorités culturelles, les très âgés, les aînés frêles et ceux qui sont illettrés ou handicapés visuellement.

Finalement, étant donné que les répondants choisissaient eux-mêmes de répondre ou non à l'étude, l'échantillon final donne une distribution faussée légèrement pour quelques variables clé si on compare à la population du Canada dans son ensemble. Par exemple, le pourcentage d'hommes ayant répondu au questionnaire est supérieur au pourcentage qu'ils représentent dans l'ensemble de la population âgée. De même, l'échantillon du CCNTA témoigne de répondants qui ont un revenu supérieur à la majorité des aînés et qui sont plus jeunes; l'état civil n'est pas représentatif puisqu'il y a plus de répondants dans l'échantillon du CCNTA qui sont mariés que dans l'ensemble de la population âgée.

ANNEXE 3 : PARTICIPANTS AU GROUPE DE DISCUSSION

Denise Allard
Université d'Ottawa
Ottawa, Ontario

Margery Boyce
Bureau du ministre d'Etat
au Troisième âge
Ottawa, Ontario

Satya Brink
Société canadienne
d'hypothèques et de
logement
Ottawa, Ontario

Ross Chapman
Fédération Nationale des
Retraités et Citoyens Agés
Toronto, Ontario

Sylvia Goldblatt et
Associés
Ottawa, Ontario

Bert Hanmer
Conseil sur le
vieillissement d'Ottawa-
Carleton
Ottawa, Ontario

Signy Hansen
Secrétariat pour le
troisième âge
Ottawa, Ontario

Lt.-Col. Bruce W. Halsey
Armée du Salut
Ottawa, Ontario

Frank Jones
Division des étude
démographiques
Statistique Canada
Ottawa, Ontario

Susan LeConte
Centre Glebe
Ottawa, Ontario

Dr Campbell Lamont
Centre de santé
Elizabeth Bruyère
Ottawa, Ontario

Daniel Letouzé
Association des hôpitaux
du Canada
Ottawa, Ontario

Ivanhoé Lemay
Fédération de l'Age d'Or
du Québec
Montréal, Québec

Johanne Lessard
Corporation des
Ergothérapeutes du Québec
Montréal, Québec

Dorothy Ley
Association Médicale
Canadienne
Ottawa, Ontario

Diane Lugsdin
Visiting Homemaker's
Association
Ottawa, Ontario

Danielle Maltais
DSC-Hôpital Général de
Montréal
Montréal, Québec

Hans Messinger
Conseil Economique du
Canada
Ottawa, Ontario

Denise Michaud,
Secrétariat pour le
troisième âge
Ottawa, Ontario

Barbara Naegele
Division de la Promotion
de la Santé
Ottawa, Ontario

Steve Petz
Saskatchewan Health
Régina, Saskatchewan

Douglas Rapelje
Municipalité régional du
Niagara
Welland, Ontario

Bernard Richard
Fédération des Citoyens
aînés du Nouveau-Brunswick
Moncton, Nouveau-Brunswick

Aleksandrs Sprudzs
Nepean, Ontario

Lorette Sutton
IOV du Canada
Toronto, Ontario

Ivy St-Lawrence
Ontario Advisory Council
on Senior Citizens

Daniel Tétreault
Fédération des
municipalités canadiennes
Ottawa, Ontario

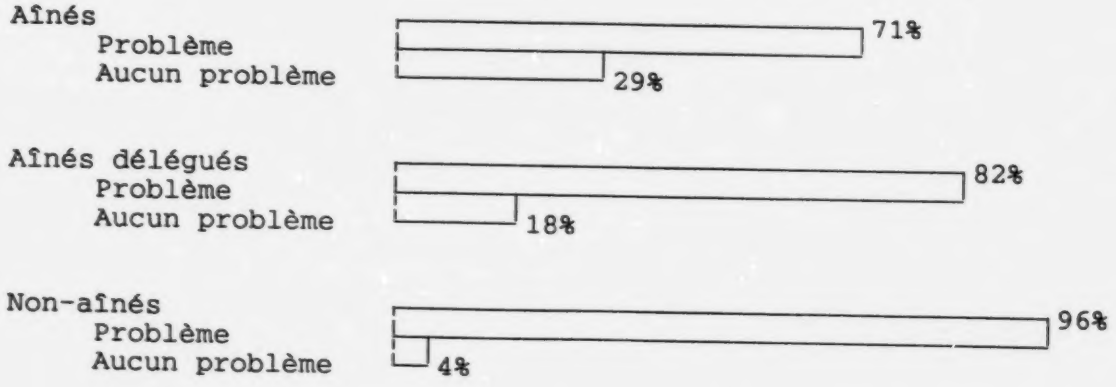
Marian Walsh
Programme de soins à
domicile St. John's
St. John's, Terre-Neuve

Jean Woodsworth
Corporation des Retraités
Canadiens Intéressés
Toronto, Ontario

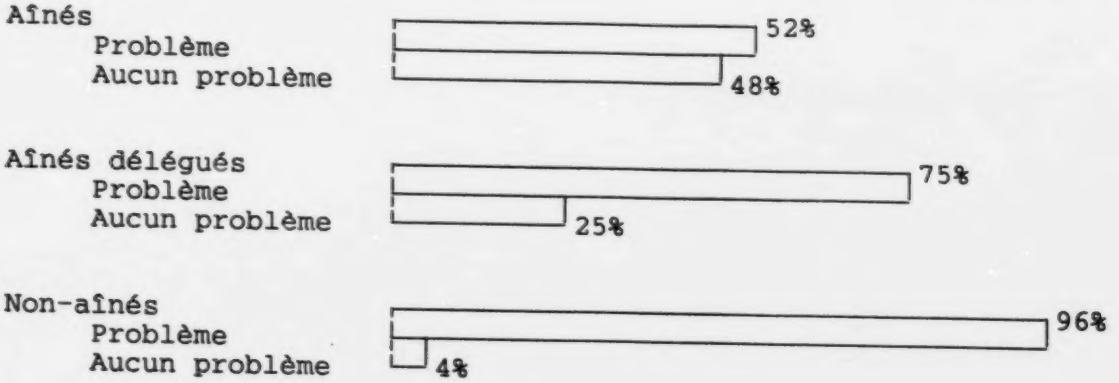
ANNEXE 4 : TABLEAUX COMPARATIFS DES PROBLEMES PERCUS PAR LES TROIS CATEGORIES DE PERSONNES AYANT REPONDU A L'ETUDE

CES TABLEAUX DONNENT LES POURCENTAGES DE GENS DANS CHACUNE DES TROIS CATEGORIES QUI RAPPORTE L'EXISTENCE D'UN PROBLEME DANS LA RUBRIQUE CITEE. AU TOTAL, 3600 QUESTIONNAIRES ONT ETE RETOURNES. CELA INCLUE 2281 PERSONNES AGEES REPONDANT EN LEUR PROPRE NOM (LES "AINES" DANS LES TABLEAUX), 464 PERSONNES AGEES REPONDANT AU NOM DE LEUR ASSOCIATION OU D'AUTRES AINES (LES "AINES DELEGUES" DANS LES TABLEAUX) ET 855 PROFESSIONNELS OU NON-PROFESSIONNELS QUI TRAVAILLENT AVEC LES PERSONNES AGEES (LES "NON-AINES" DANS LES TABLEAUX). CES CHIFFRES SONT A LA SOURCE DES POURCENTAGES CONTENUS DANS LES TABLEAUX.

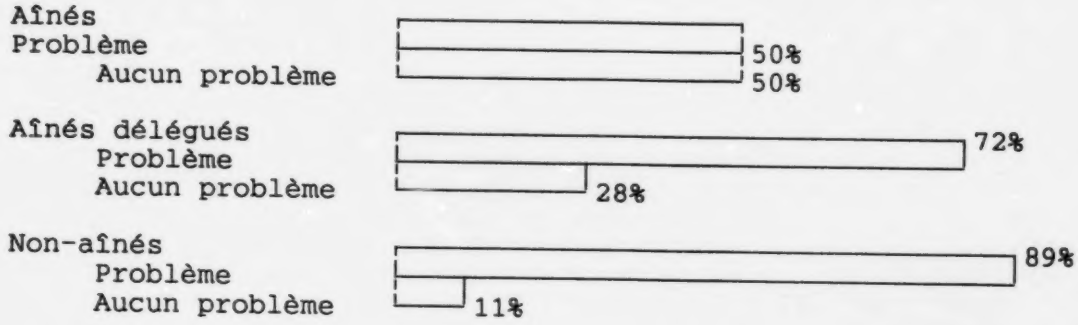
SANTE PHYSIQUE



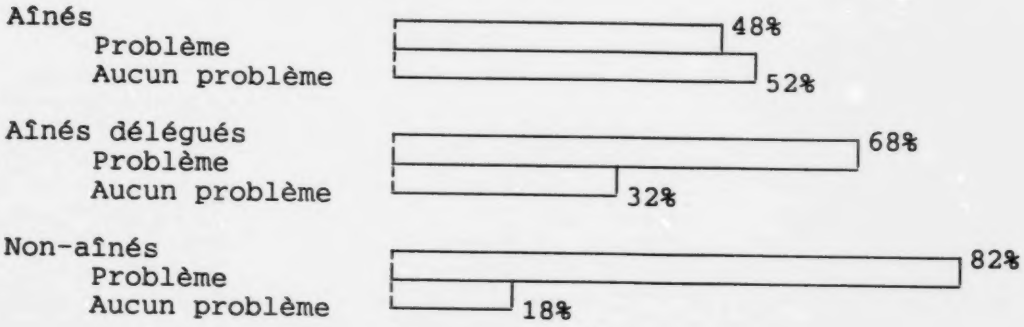
BIEN-ETRE AFFECTIF OU MENTAL



MOBILITE ET TRANSPORT

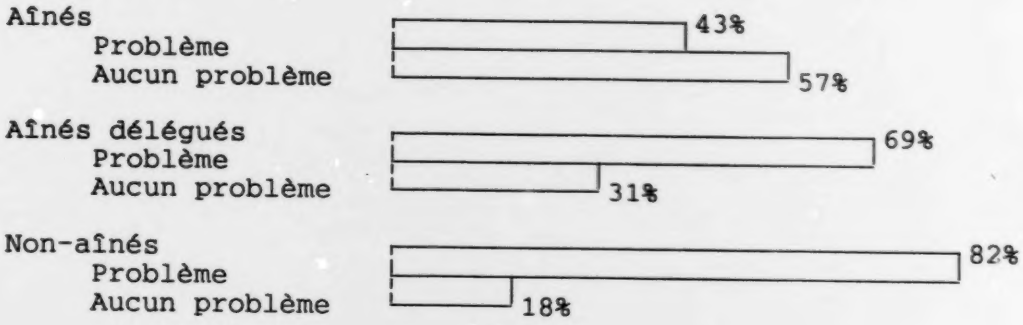
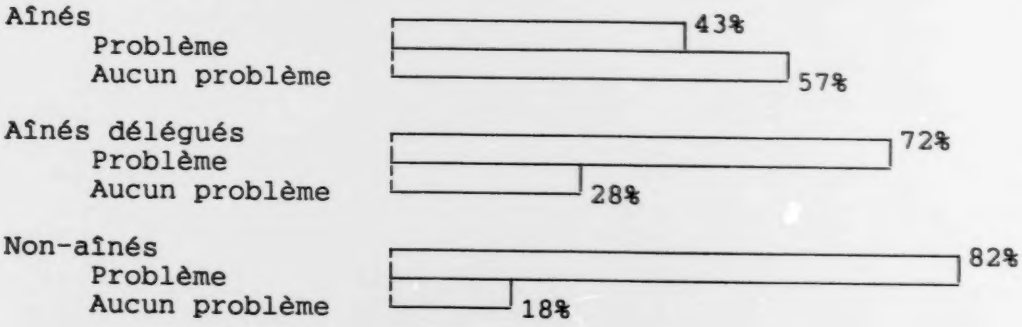


SERVICES DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRES



[illegible] ET SECURITE

LOGEMENT



COMMUNICATION ET INFORMATION